

Année 1967

N°

THÈSE 818

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Madame PELISSIER née Adine GRANJON

le 21 Février 1940 à GRAMBOIS (Vaucluse)

Externe des Hôpitaux de MARSEILLE

Présentée et soutenue publiquement le

L'EXANTHEME SUBIT
A PROPOS DE
VINGT SIX OBSERVATIONS

Année 1967

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Madame PELISSIER née Adine GRANJON

le 21 Février 1940 à GRAMBOIS (Vaucluse)

Externe des Hôpitaux de MARSEILLE

Présentée et soutenue publiquement le

L'EXANTHEME SUBIT

A PROPOS DE

VINGT SIX OBSERVATIONS

A mon mari,
Et à nos deux petits garçons,
avec toute ma tendresse.

A mes parents,
en témoignage de ma reconnaissance
et de toute mon affection.

A mes oncle et tante Robert Trocmé,
avec mes plus affectueux sentiments.

A toute ma famille.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur JULIEN MARIE,

Professeur de Clinique Médicale Infantile et de Pédiatrie Sociale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat,
des Facultés de MARSEILLE et de PARIS.

En témoignage de notre respect
et de notre profonde gratitude
Pour l'enseignement aussi riche qu'humain
qu'ils nous ont prodigué avec bienveillance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549003_0032

A Monsieur le Docteur Jacques VESLOT,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine.
Médecin du Centre Hospitalier de Versailles.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici, avec nos remerciements,
l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE des PROFESSEURS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.),
BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.),
CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GAILLARD (H.), GAUDART d'ALLAI-
NES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HASARD (R.), HEUYER (G.),
LAROCHÉ (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL
(E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
MOULONGUET (P.), PASTEUR VELLERY-RADOT, EPTIT-DUTAILLIS (D.),
PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STORHL (A.),
TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN

Georges BROUET

1er ASSESSEUR

Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR

Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°. CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESCREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MAIMEJAC (J.)

MM.

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	D'JOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
-	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale	BOURMIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	(DEJOURS (P.) (SCHERRER (J.) (KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	(GOUGEROT (L.) (ROUCAYROL (J.-Cl.) (TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°. CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX P.	
Clinique carcinologique chirurgicale		
(Necker)	REDON (H.)	
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)	
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)	
	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	(-	BAUMANN (J.)
	(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales	)Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière . . .	SICARD (A.)
	(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et		
traumatologique (Cochin	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
- - (Foch)	PADOVANI (P.)	
	(Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et or-		
thopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		
(Broussais)	DUBOST (Ch.)	
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)	
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique de Génétique médicale		
(Enfants-Malades)	LAMY (M.)	
Clinique chirurgicale et gynécologique		
(Broca)	HUGUIER (J.)	
Clinique des maladies cutanées et		
syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	

MM.

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)	
	(Bicêtre	DEPARIS (M.)
	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Cochin	N...
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	CONTE (M.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)	
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel- Dieu)	DEROT (M.)	
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
	(Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	(Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu	OFFRET (G.)	
-	(Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)	
Clinique et pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique de pédiatrie et de puéricul- ture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)	
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	NICHAUX (L.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)	

1111

Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	
(Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale	
(Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique	
(R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- (Pitié)	RAMBERT (P.)
- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	
(Broussais)	POUILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	(ANDRE (R.) (BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) (AZERAD (E.) (BOUR (H.) (CAROLI (J.) (DREYFUS (B.) (GROSSIORD (A.)
Médecine	) LAMBLING (A.) (LAUNAY (Cl.) (PAYET (M.) (PERRAULT (M.) (SIGUIER (F.) (WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	DE MEAU (J.)
Neurologie	MEUNIER (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.) (POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	(ROYER (P.) (KREIS (B.) (MEYER (A.)
Pneumo-Phtisiologie	
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	(CARTIER (P.))
Biochimie médicale	(GONNARD (P.))
	(NORDMANN (J.))
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	(COURSAGET (J.))
Physique médicale	(GREMY (F.))
Physiologie	GIRARD (Fr.)
STOMATOLOGIE	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la)	M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine)	
Conservateurs	(Mlles DUMAITRE (P.),
	(LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
	(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
Bibliothécaires	) Mlles DUROZOY (M.-F.),
	(ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

S O M M A I R E

	Page
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE</u>	
Rappel séméiologique de l'exanthème subit	3
<u>DEUXIEME PARTIE</u>	
Etude de vingt-six cas d'exanthème subit	22
<u>TROISIEME PARTIE</u>	
Discussion	67
<u>CONCLUSIONS</u>	84
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	88

I N T R O D U C T I O N

L'exanthème subit, encore appelé roséole infantile ou sixième maladie, est une fièvre éruptive d'origine vraisemblablement virale qui touche avec une extrême fréquence les enfants de trois à vingt quatre mois.

Observée de tous temps, elle ne fait l'objet d'études approfondies que depuis quelques dizaines d'années. La particularité de son évolution clinique, les modifications hématologiques si caractéristiques au moment de l'éruption sont maintenant bien connues et rendent facile le diagnostic rétrospectif.

La roséole infantile connaît habituellement une évolution éphémère et bénigne. Cependant, dans un certain nombre de cas, elle est susceptible de se compliquer de manifestations nerveuses, posant dans l'immédiat, un problème diagnostique difficile. Il importe pourtant de les distinguer de ces encéphalopathies aiguës de la petite enfance, car si la possibilité de séquelles ne peut être totalement écartée, leur pronostic est presque toujours favorable.

Le but de ce présent travail est de souligner à propos de vingt six cas d'exanthème subit observés, en vingt mois, dans le service du Docteur VESLOT :

- la fréquence de cette maladie qui représente souvent l'étiologie des hyperpyrexies et des convulsions non expliquées chez des enfants de moins de deux ans.
- la multiplicité des aspects cliniques, à la période d'invasion fébrile, rendant le diagnostic précoce très difficile.
- la bénignité de cette affection qui contraste avec un tableau rendu impressionnant par le niveau élevé de la température ou l'intensité des complications neurologiques.

Nous envisagerons successivement :

- un rappel séméiologique de l'exanthème subit.
 - l'étude détaillée de nos vingt-six observations.
 - les conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.
-

P R E M I E R E P A R T I E

RAPPEL SEMIOLOGIQUE DE L'EXANTHEME SUBIT

I - HISTORIQUE -

Les premières publications effectuées sur cette maladie remontent à 1850. Il s'agissait surtout alors de ne pas la confondre avec la rougeole.

Ce n'est que 60 ans plus tard, en 1910, que l'on pu avoir, grâce à ZOHARSKY, la première description clinique précise de ce qu'il appelait la "roseola infantum".

Puis VENDER, en 1921, signale la présence d'une leuconeu-tropénie contemporaine de l'éruption. Il essaie ainsi de différencier "l'exanthème subit" des autres maladies éruptives du nourrisson.

A partir de 1927, la nature infectieuse de la roséole infantile est prouvée par la description de petites épidémies. La durée de la période d'incubation est alors évaluée à 10 jours pour

CUSHING, de 5 à 15 jours pour JAMES et FREIER, de 8 à 15 jours lors d'une épidémie observée en 1939 par BARENBERG.

Puis l'on démontre la présence éventuelle de complications neurologiques. C'est ainsi qu'en 1934, il est signalé par WALLFIELD la possibilité d'un début encéphalitique, par ROSENBLUM, en 1945, celle d'hémiplégie, en 1949 la fréquence des convulsions et des hémiplégies par POSON.

La preuve expérimentale de la nature infectieuse de l'exanthème subit a été fournie par SHAW, KEMPE, SILVER, WELLSTROM et VAHLQUIST, qui ont réussi l'inoculation de cette maladie au singe et au nourrisson.

En 1950, CRISTOFANI s'intéresse à l'aspect particulier du myélogramme, de l'adénogramme et des plasmocytes présents dans le sang périphérique.

Trois ans plus tard, WEICKER trouve des monocytes géants dans la moelle au stade tout précoce de la maladie.

A partir de ce moment là, les publications se multiplient. C'est ainsi que Mme N. BRUNNER décrit, en 1959, 172 cas d'exanthème subit observés en Suisse de 1957 à 1958 montrant ainsi combien cette maladie était répandue.

L'auteur polonais SZCZEPANSKA consacre deux publications aux manifestations neurologiques tandis que BURNSTINE et PAINE signalent la possibilité d'encéphalopathies résiduelles avec retard mental prouvant ainsi que la réputation de bénignité de l'exanthème subit souffre quelques exceptions.

L'année suivante, 1960, apporte le résultat des travaux de NAGAYAMA, NAYAHAKAMA, OSHIGA et OKI, auteurs japonais, qui pensent que l'agent responsable de la roséole infantile est un adénovirus, car ils prétendent en avoir isolé d'une façon quasi constante dans les selles de leurs petits malades.

1963 est riche en publications françaises importantes, avec celles de MONNET et FLEURETTE, qui considèrent que l'exanthème subit a une individualité virologique, celles de R. BERNARD, de B. GRENIER, de L. ROUQUES.

Des auteurs polonais, BOGDANOWICZ, SZCZEPANSKA, publient le résultat de cinquante années d'observations de roséoles infantiles.

De multiples études continuent à affluer, prouvant combien cette maladie est une question à l'ordre du jour, intéressant les pédiatres de par sa fréquence, la difficulté du diagnostic et l'incertitude virologique actuelle.

II - CIRCONSTANCES D'APPARITION -

La fréquence de l'exanthème subit est apparue dans toute son ampleur depuis que les manifestations cliniques et hématologiques de cette affection ont été décrites d'une manière bien précise. Pour R. BERNARD, MONNET, FLEURETTE et pour la plupart des auteurs, c'est sans doute la plus fréquente des maladies infectieuses de la première enfance puisqu'elle atteindrait la quasi totalité des enfants de moins de deux ans. Son apparente rareté tient au fait qu'elle est souvent méconnue ou fait l'objet d'erreur de diagnostic. En effet, après une période fébrile peu caractéristique, la fièvre tombe et l'éruption, parfois fugace, et siégeant sur le tronc, peut passer inaperçue.

La notion d'âge est très importante; la roséole infantile atteint en règle générale les nourrissons ou les très jeunes enfants de moins de deux ans, avec un maximum de fréquence entre six et dix huit mois. Avant six mois, et surtout avant trois mois, les cas sont rares mais non exceptionnels. Dans les statistiques de

BRUNNER qui portent sur 172 observations, l'enfant le plus jeune avait six semaines. De même, sur 65 petits malades atteints lors d'une épidémie de maternité à Londres, JAMES et FREIER ont noté 19 nouveaux-nés de 5 à 19 jours.

A l'opposé, on a décrit des cas absolument typiques chez des adolescents et même des adultes. Ainsi, dans l'épidémie de maternité à Londres, six infirmières du service, six mères et quatre pères ont été atteints.

Mais, en pratique, il s'agit d'une maladie qui survient entre trois et vingt quatre mois. Avant trois mois l'enfant semble protégé par les anticorps maternels, et après deux ans il possède une immunité acquise puisque les 90 % des enfants ont contracté la roséole infantile à cet âge-là.

L'influence des saisons a été diversement appréciée : ainsi BRUNNER, sur 172 malades, en a observé 25 en juin et 21 en décembre. D'autres, au contraire, comme ROSENBLUM trouvent une recrudescence de la maladie au printemps et en automne. Ces divergences d'opinion tiennent peut-être uniquement à des différences de conditions d'observation. C'est pour cela que l'on admet en général qu'il n'y a pas de poussée saisonnière.

III - ETIOLOGIE DE L'EXANTHEME SUBIT -

La plupart des auteurs s'accordent à penser que la roséole infantile est une maladie infectieuse et probablement virale.

La contagiosité spontanée de cette affection a été mise en évidence lors des petites épidémies observées par CUSHING, JAMES et FREIER, BARENBERG. La durée de la période d'incubation, assez variable, se situerait en moyenne autour de dix jours.

Expérimentalement, cette contagiosité a été prouvée d'abord chez le singe par SHAW, KEMPE et SILVER. Ils ont en effet injecté, en sous-cutanée, 1 cc de sérum d'un enfant atteint de roséole infantile, prélevé au 2ème jour de la phase fébrile. Après quelques jours d'incubation, l'animal a eu cinq jours de fièvre.

Les inoculations humaines, autorisées à cause de la bénignité de la maladie, n'ont donné, le plus souvent, aucune réponse, ou bien des résultats trop douteux pour pouvoir être acceptés.

Pourtant SHAW et KEMPE en ont réussi une en injectant par voie veineuse à un nourrisson de six mois, en parfaite santé, 1 cc du sérum d'un petit malade au 3ème jour de la période d'invasion. Neuf jours plus tard est apparue une fièvre élevée, sans atteinte de l'état général, qui est tombée au bout de trois jours, tandis que débutait une éruption maculaire accompagnée d'une leuconeutropénie.

Trois autres inoculations d'enfant à enfant ont été réussies par HELLSTROM et VAHLQUIST. Ils ont injecté par voie intramusculaire quelques centimètres cube de sang prélevé, sur héparine, à des petits malades le premier jour de l'éruption afin d'avoir un diagnostic de roséole infantile posé avec certitude.

Le premier de ces trois cas est représenté par une petite fille de cinq mois, hydrocéphale et porteuse d'un méningocèle, chez laquelle ils ont observé, six jours après l'inoculation de 5 cc de sang, une élévation thermique qui s'est maintenue trois jours entre 38°5 et 39°. Puis, au moment de la défervescence, est apparue une éruption faite de macules d'un rose pâle, disséminées sur tout le corps. La formule et numération pratiquée alors accusait une neutropénie.

La seconde inoculation concerne une petite fille de cinq mois et demi, encéphalopathe et microcéphale. Sept jours après avoir reçu 5 cc de sang en intramusculaire, elle a présenté une fièvre de trois jours située à 38°-39°, immédiatement suivie par un exanthème qui a persisté vingt quatre heures. Une chute des polynucléaires et une leucopénie à 4 600 accompagnait la phase éruptive.

Enfin, ces auteurs ont réalisé pour la troisième fois la transmission de la maladie chez un mongolien de trois mois et demi qui reçoit une injection intramusculaire de 2,5 cc de sang. Neuf jours plus tard la température s'élève à 38°, puis chute au bout de trois jours. A ce moment apparaît un exanthème qui débute sur le tronc puis se généralise.

Ainsi la contagiosité de la sixième maladie est certaine, non seulement à cause des épidémies observées dans les institutions d'enfants, mais parce qu'on possède des exemples d'inoculations réussies chez l'animal et surtout chez l'homme. La période d'incubation observée lors des transmissions expérimentales, c'est-à-dire quand l'introduction de l'agent pathogène se faisait par voie intraveineuse ou intramusculaire a été en moyenne plus courte que lors des épidémies d'exanthème subit. De plus il n'a jamais été noté de complications neurologiques dans ces quelques exemples de contamination réussie.

La nature infectieuse de cette maladie ayant été démontrée, on a tenté d'isoler l'agent responsable de la roséole infantile. C'est ainsi que MONNET et FLEURETTE ont cherché à inoculer les prélèvements pharyngés ou de selles des petits malades sur différentes cellules animales ou humaines en culture de tissu. Le fait que l'on ne soit pas arrivé encore à déterminer le milieu d'isolement convenant au virus tend à prouver que l'on n'a affaire

ni à un adénovirus, ni à un virus ECHO, d'autant plus que les recherches d'anticorps contre les virus connus, en particulier Coxsakies, adénovirus et ECHO, ont toujours été négatives. MONNET et FLEURETTE en déduisent que l'individualité virologique de l'exanthème subit est des plus vraisemblable.

Par contre NAGAYAMA et d'autres auteurs japonais prétendent avoir isolé un adénovirus dans les selles de 90 % de leurs petits malades.

Mais la séméiologie clinique n'est pas en faveur d'une telle hypothèse : en effet l'éruption observée lors d'une infection à adénovirus ou à virus ECHO, se produit pendant la phase fébrile de la maladie et, en outre, on observe souvent, lors de ces infections, des manifestations pathologiques à type de catarrhe oculonasal, de conjonctivite, qui ne font pas partie du tableau habituel de la roséole infantile.

Une certitude virologique serait pourtant souhaitable, non seulement dans les formes atypiques où le diagnostic n'est pas évident, mais surtout dans certaines manifestations neurologiques inquiétantes. Pouvoir poser le diagnostic d'exanthème subit dès les premiers jours de la phase fébrile, permettrait non seulement un certain optimisme, mais encore d'éliminer d'autres maladies et de ne pas mettre en train une thérapeutique inutile et parfois nuisible.

IV - ETUDE CLINIQUE DE LA FORME COMMUNE -

La contagiosité de la roséole infantile est certaine, mais elle est beaucoup plus faible que pour les autres maladies infectieuses de l'enfance. En effet, si l'on retrouve de temps à autre une notion précise de contagion, la plupart du temps les cas semblent isolés.

1^o) Période d'incubation.

Sa durée est, en conséquence, difficile à préciser. Lors de l'épidémie de maternité à Londres, JAMES et FREIER l'avaient évaluée à 5-15 jours. Pour CUSHING, elle aurait été d'une dizaine de jours à Montréal. Pour BARENBERG, de 8 à 14 jours. La plupart des auteurs la situerait en moyenne autour de dix jours. Cette période est en tout cas absolument silencieuse et c'est chez un jeune enfant en pleine santé apparente que débute brutalement la période d'invasion.

2^o) Période d'invasion fébrile.

A) L'hyperpyrexie.

Elle est l'élément fondamental de cette phase. D'installation soudaine, passant en quelques heures de 37° à 39°-40°, elle se maintient à ce niveau pendant une période caractéristique de trois jours, non influencée par les antibiotiques, et que très momentanément par les antithermiques. Puis spontanément se produit la défervescence, la température tombant brusquement à 37°.

L'évolution stéréotypée de cette courbe thermique est tellement particulière à la roséole infantile que l'on donne parfois à cette petite maladie le nom de "fièvre de trois jours", d'autant plus que l'hyperpyrexie, à ce stade d'invasion, résume à elle seule, le plus souvent, le tableau clinique.

B) Les signes d'accompagnement.

Ils sont, en général, inexistants ou minimes. Le petit malade supporte remarquablement bien sa température élevée. Il mange, dort et joue comme d'habitude. Dans quelques cas pourtant,

il peut présenter de légers troubles digestifs à type d'anorexie, de diarrhée, de vomissements, ou bien être plus agité, plus grognon ou au contraire plus abattu que de coutume.

L'examen clinique n'apporte pas grand chose si ce n'est une gorge érythémateuse qui présente parfois de petits éléments vésiculeux sur les piliers des amygdales. Toutefois il peut révéler de petites adénopathies localisées le plus souvent aux territoires jugulocarotidiens et cervicaux, rarement généralisées. Parfois on note une légère splénomégalie. Les tympans peuvent être congestifs mais ne nécessitent jamais de paracentèse.

Ainsi, rien n'est suffisamment important pour pouvoir expliquer le niveau de l'hyperthermie. Le diagnostic est impossible jusqu'au moment où, brutalement, se produit la défervescence.

3^e) Période éruptive.

Sa date de survenue est caractéristique de l'exanthème subit. L'éruption survient au moment de la chute thermique, ou dans les heures qui la suivent. Ce caractère essentiel permet d'éliminer toutes les autres maladies éruptives de l'enfance.

L'exanthème est formé par de fins éléments maculaires, rose pâle, "fleur de pêcher", séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine.

Il débute typiquement sur le tronc, puis l'envahit et déborde parfois sur le cou, le cuir chevelu, les joues. Les membres sont le plus souvent respectés.

Cet exanthème est classiquement "subit", ne durant que quelques heures, ce qui explique, avec sa topographie, qu'il puisse

passer inaperçu. En effet, il persiste souvent deux ou trois jours, très rarement davantage, puis disparaît sans desquamer ni laisser de trace.

L'enfant est alors guéri. Toutefois on aurait décrit, dans 10 % des suites de roséole infantile des trachéites, des angines, des otites, mais on peut se demander s'il y a une relation de cause à effet entre ces manifestations pathologiques, le plus souvent microbiennes et l'exanthème subit.

V - FORMES CLINIQUES -

Nous envisagerons successivement les formes simples et celles qui se sont compliquées de manifestations essentiellement neurologiques.

1^{re}) Formes simples.

Elles ne se différencient de la forme commune que par de légères variantes portant sur les faits normalement présents aux phases fébriles ou éruptives de la maladie.

A) La courbe thermique.

Elle peut commencer ou terminer moins brutalement, se maintenir à un niveau qui dépasse 40° dans 6 % des cas, ou au contraire qui n'atteint pas 39° dans 10 % des observations.

La durée de cette période fébrile, si typiquement de trois jours, peut se réduire à deux jours dans 7 % des cas, ou se prolonger à quatre jours chez 9 % des petits malades et même, exceptionnellement, à cinq jours.

3) L'exanthème.

Il peut être atypique par son aspect - qui au lieu d'être rubéoliforme ~~est~~ morbiliforme -; par son mode d'installation - débutant au visage pour s'étendre secondairement au tronc -; par sa topographie - qui dans des cas très rares peut être généralisée -; par sa durée - allant de quelques heures à quatre ou cinq jours.

Mais c'est surtout sa date d'apparition, élément si important pour le diagnostic, qu'il faut considérer. La caractéristique de la roséole infantile est la survenue retardée de l'éruption, dans les heures qui suivent la défervescence, c'est-à-dire au quatrième jour de la maladie. En effet, s'il est exceptionnel d'observer l'exanthème avant la fin de la période fébrile, on peut le voir débiter douze à vingt quatre heures après la chute thermique, parfois même un peu plus tard.

2°) Formes compliquées.

Ce sont surtout elles qui nous intéresseront dans ce paragraphe consacré aux formes cliniques. Elles se caractérisent par des manifestations d'ordre digestif ou neurologique, qui surviennent lors de la période d'invasion fébrile, laissant souvent l'hyperthermie au deuxième plan du tableau clinique.

A) Formes digestives.

Diarrhée et vomissements réalisent alors un tableau de gastroentérite fébrile qui peut être suffisamment important pour entraîner un état de déshydratation toxique nécessitant le maintien d'une perfusion pendant plusieurs jours.

B) Complications neurologiques.

Elles sont de trois types : méningées, convulsives ou paralytiques.

a - Manifestations méningées -

La symptomatologie clinique peut attirer l'attention sur les méninges, soit par des vomissements répétés, soit, le plus souvent, par des troubles du comportement à type de cris, d'agitation, d'insomnie, ou au contraire de torpeur, d'abattement. Quelquefois l'examen révèle un bombement de la fontanelle ou une nuque un peu raide.

On effectue alors une ponction lombaire qui, en règle générale, est normale. Parfois pourtant on peut noter une légère hypercytose à prédominance lymphocytaire, qui ne dépasse pas 8 à 10 éléments par mm³. Il a été décrit également une discrète augmentation de la glycorachie et de l'albuminorachie.

Ces petites méningites biologiques sont extrêmement rares. Elles ne nécessitent aucune thérapeutique et s'amendent très rapidement.

b - Les convulsions -

Ce sont les complications neurologiques les plus fréquentes, mais on leur attribue des pourcentages qui varient énormément, allant jusqu'à 30 % dans certaines statistiques hospitalières. D'après GREENTHAL et SZCZEPANSKA, elles compliqueraient 6 à 7 % des roséoles infantiles vues en ville.

Les crises surviennent souvent lors de l'élévation thermique, inaugurant ainsi la maladie. Mais elles peuvent apparaître également le deuxième ou le troisième jour. Leur symptomatologie est banale : crises toniques ou cloniques généralisées, symétriques

le plus souvent mais parfois asymétriques, accompagnées d'une révolution oculaire et d'une perte de connaissance. Il n'y a ni morsure de la langue ni perte des urines.

La durée de la convulsion est le plus souvent brève, et l'enfant retrouve rapidement sa conscience. Cependant parfois la crise peut se répéter quelques heures plus tard, ou bien réaliser un véritable état de mal épileptique qui peut être inquiétant dans l'immédiat, ou bien encore être suivie par des perturbations profondes et prolongées de la conscience.

c - Les paralysies -

Elles apparaissent à la suite de convulsions particulièrement importantes, généralisées et souvent asymétriques, avec perte de connaissance prolongée. Un déficit moteur siège en général sur l'hémicorps où ont dominé les convulsions. Cette localisation hémiplegique est de loin la plus fréquente.

La composition du liquide céphalorachidien ainsi que le tracé électroencéphalographique sont le plus souvent normaux, ou légèrement et transitoirement perturbés.

L'évolution de ces paralysies est presque toujours favorable mais leur régression peut être très lente et s'étendre sur plusieurs semaines, parfois même être incomplète. Sur 12 cas observés par M. KAPLAN, 8 comportent des séquelles neurologiques : hémiparésie ou hémiplegie définitive dans trois cas, absences dans 1 cas, crises convulsives ultérieures dans 4 cas.

Le pronostic de ces formes paralytiques est donc plus sévère que celui des autres manifestations neurologiques et témoigne de l'importance de l'atteinte cérébrale.

d - Signification de ces manifestations neurologiques -

Elles font couler beaucoup d'encre ...

- pour certains, il s'agirait de convulsions hyperthermiques banales. En effet elles se produisent souvent lors de la brutale élévation de la température le premier jour de la maladie et n'entraînent en général pas de modifications à l'E.E.G., tout au plus des anomalies discrètes et rapidement réversibles. D'ailleurs ces crises se sont reproduites chez quelques-uns de ces petits malades lors d'un accès fébrile ultérieur. Dans cette optique, les paralysies ne seraient la traduction que d'un déficit moteur post-critique. La rareté des discrètes méningites biologiques observées est aussi un argument en faveur de cette thèse.

- pour d'autres, au contraire, ces manifestations neurologiques témoigneraient d'un neurotropisme du virus - supposé - de l'exanthème subit. Ces auteurs pensent qu'il existe une atteinte cérébrale spécifique susceptible d'expliquer l'éventuelle présence de troubles prolongés de la conscience et du comportement, et celles de paralysies. En effet, il est rare d'en observer dans de simples convulsions hyperpyrétiques mais dans ce cas le déficit moteur siège obligatoirement dans le territoire des convulsions, il ne persiste que fort peu et n'entraîne pas de perturbations localisées à l'E.E.G. qui persistent parfois plusieurs mois comme on a pu le voir dans la roséole infantile.

La signification de ces manifestations neurologiques paraît donc ne pas être univoque. La simple élévation thermique explique la plupart des faits, mais pas tous. Il semble qu'il existe également une atteinte encéphalique d'origine virale, ou vasculaire, comme le pensent certains. Seuls des arguments anatomopathologiques pourraient trancher le débat.

VI - DIAGNOSTIC POSITIF -

En absence de preuves virologiques, il ne peut être établi qu'à posteriori grâce aux données de la clinique et du laboratoire.

Le diagnostic clinique n'est en effet possible qu'à la phase éruptive, car il repose essentiellement sur la chronologie de la maladie : un enfant de moins de deux ans vient de présenter une fièvre de trois jours élevée, commencée et terminée brutalement, insensible aux antibiotiques, suivie au moment de la défervescence d'une éruption maculeuse du tronc.

Le laboratoire ne permet pas davantage un diagnostic précoce car les données caractéristiques de l'hémogramme et celles plus accessoires du myélogramme, voire de l'adénogramme sont contemporaines de l'exanthème.

En effet, la formule sanguine, lors de la phase d'invasion fébrile, est en général normale, ou bien modifiée dans le sens d'une hyperleucocytose ou au contraire d'une légère granulopénie. Il existe souvent une polynucléose relative. Cette appréciation est d'ailleurs fort délicate à faire du fait des grandes variations des limites physiologiques de la formule blanche dans les deux premières années de la vie. En effet, des chiffres allant de 6 800 à 13 100 pour les leucocytes, et de 27,5 % à 44,3 % pour les neutrophiles n'ont rien de pathologique.

Par contre, le quatrième jour, au moment de l'éruption, l'hémogramme accuse une leuconéutropénie caractéristique qui vient confirmer le diagnostic clinique. La leucopénie peut être discrète, le chiffre minimum des globules blancs ayant été parfois atteint aux derniers jours de la phase fébrile. Elle est en général comprise

entre 3 000 et 7 000 par mm³. Mais surtout il existe une diminution considérable du pourcentage des polynucléaires, qui est compris en moyenne entre 10 et 35 %, mais qui peut atteindre 1,5 %, comme l'ont observé SCHLOSMANN et KARNITZKI, évoquant alors une agranulocytose. Cette granulopénie entraîne une augmentation relative des éléments mononucléés, lymphocytes et mononucléaires, qui sont toujours d'aspect normal contrairement à ce qu'il est fréquent de rencontrer dans certaines affections virales. MONNET en particulier signale que dans l'exanthème subit les monocytes n'ont pas les formes hyperbasophiles pseudoplasmodaires caractéristiques de la rubéole.

Les anomalies de la formule blanche disparaissent classiquement en quelques jours. MONNET et FLEURETTE ont constaté la persistance de la neutropénie pendant au moins huit jours, puis son atténuation progressive en deux ou trois semaines.

Les quelques exemples de ponctions sternales pratiquées par CRISTOFANI, MONNET et FLEURETTE ont révélé un myélogramme normal. La granulopénie ne relève donc ni d'une aplasie médullaire ni d'un défaut de maturation. MONNET et FLEURETTE se demandent si elle ne serait pas due à un stockage des granulocytes dans les structures ganglionnaires.

Enfin, les six adénogrammes étudiés par CRISTOFANI montrent de nombreux éléments formant la transition entre les hémohistioblastes et les plasmocytes, avec une nette prédominance des plasmoblastes de MOSCHLIN.

Ainsi, si le diagnostic rétrospectif de l'exanthème subit est avant tout d'ordre clinique, l'hémogramme fournit un argument biologique de valeur en révélant, au moment de l'éruption, une leucogranulopénie caractéristique.

VII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL -

L'éruption doit être essentiellement distinguée de celle de la rougeole, de la rubéole, de la mononucléose infectieuse ou des exanthèmes de causes médicamenteuses ou accompagnant d'autres infections virales.

Mais la rougeole est rare au-dessous d'un an. A la phase d'invasion, qui dure trois jours, à côté de l'hyperpyrexie existent un important catarrhe oculonasal et un signe de Koplick. Un clocher fébrile annonce l'éruption qui se fait en plusieurs vagues successives, débutant derrière les oreilles pour se généraliser en trois jours. Ces éléments maculopapulaires disparaissent ensuite en laissant derrière eux des taches ecchymotiques violettes qui persisteront quelque temps. L'hémogramme indique une leuconéutropénie.

La rubéole est parfois plus difficile à éliminer. Il faut se rappeler qu'elle n'existe pas avant six mois et qu'elle est rare avant deux ans. A la période d'invasion, qui dure un ou deux jours, la fièvre est beaucoup plus discrète puisqu'elle ne dépasse que très rarement 38°. Loin de tomber, l'hyperthermie augmente lors de l'éruption qui est morbiliforme le premier jour, scarlatiniforme le deuxième jour. Elle débute au visage, se généralise et disparaît au bout de trois jours. L'atteinte ganglionnaire est marquée. L'hémogramme, normal au début, révèle au troisième jour une leucopénie avec des monocytes non seulement augmentés en nombre, mais encore hyperbasophiles et pseudoplasmodytaires. Il existe également une plasmocytose comprise entre 3 et 15 %.

Les éruptions allergiques d'origine médicamenteuse peuvent être provoquées par toute une série de thérapeutiques. L'exanthème écarlate, prurigène, s'accompagne d'une hyperthermie, de vomissements et surtout d'une éosinophilie qui peut atteindre 20 %.

Éliminer la mononucléose infectieuse peut être délicat quand elle ne s'exprime que par une fièvre et une éruption rose pâle. Mais ici non plus l'exanthème ne s'accompagne pas de l'apyrexie et très vite les adénopathies et la splénomégalie viennent compléter le tableau. Les résultats du laboratoire tranchent la question en montrant une hyperleucocytose avec des monocytes nombreux et anormaux et surtout une réaction de Paul et Bunnell positive.

Quant aux exanthèmes provoqués par des infections à virus Coxsackie, ECHO, ou à adénovirus, non seulement elles apparaissent alors que la fièvre persiste, mais encore elles s'accompagnent de manifestations respiratoires hautes qui sont constantes et beaucoup plus marquées que dans la roséole infantile.

En définitive, nous voyons, qu'au moment de l'éruption, ce n'est que lorsque l'exanthème subit est vraiment atypique que peuvent se poser des problèmes de diagnostic différentiel. En effet, la roséole infantile est la seule maladie qui, après trois jours d'hyperpyrexie élevée, présente une éruption située immédiatement après la défervescence, et qui s'accompagne d'une leuconeutropénie, avec, par voie de conséquence, des monocytes augmentés en nombre, mais de morphologie normale.

VIII - TRAITEMENT -

Il ne peut être que symptomatique, puisqu'aucun antibiotique n'est efficace.

Les bains tièdes, les compresses froides et l'aspirine permettent d'abaisser momentanément le niveau de la température.

Le gardénal, utilisé à faible dose, présente le triple intérêt de potentialiser l'action des antithermiques, d'éviter les convulsions hyperpyrétiques et de calmer l'agitation du petit malade.

En cas de syndrome méningé ou de convulsions, une ponction lombaire permettra d'écarter le diagnostic de méningite suppurée et de soulager l'enfant en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien.

Les complications neurologiques seront améliorées par des sédatifs nerveux (barbituriques, largactil). On suivra leur évolution par des E.E.G. successifs puisque, dans des cas certes exceptionnels, on a pu observer, dans les suites de la roséole infantile, des séquelles à type de comitialité, d'absences.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE VINGT-SIX CAS D'EXANTHEMES SUBITS

Nous venons donc de voir, après un bref rappel historique, comment l'absence d'isolement d'un agent causal - de nature virale supposée mais non encore prouvée - ne confère pas une individualité étiologique certaine à l'exanthème subit. Par contre, le jeune âge du malade, les possibilités offertes par la clinique et la biologie en ce qui concerne le diagnostic, la fréquence des manifestations neurologiques, et l'inefficacité des antibiotiques dans cette maladie essentiellement bénigne, voilà autant de faits qui sont actuellement parfaitement bien connus de tous les pédiatres.

Dans ce second chapitre, nous nous proposons de décrire, d'une façon détaillée, vingt-six cas de roséole infantile que nous avons personnellement suivis, à Versailles, dans le service de Pédiatrie du Docteur VESLOT, du 1er juillet 1965 au 1er mars 1967, en qualité d'Externe des Hôpitaux.

Nous terminerons cette étude en donnant quelques tableaux récapitulatifs, afin de dégager les résultats essentiels fournis par ces observations.

OBSERVATION N° 1.-

Patrice P... âgé de deux mois et demi, entre dans le service le 16 août 1965 pour diarrhée et vomissements.

Cet enfant avait déjà été hospitalisé le jour de sa naissance pour détresse respiratoire. L'examen avait alors révélé deux grosses masses rénales qui ont disparu après une débacle d'urine pyriforme. Mais le jeune âge du bébé n'avait pas permis une exploration valable de l'état de l'arbre urinaire. Par la suite, le développement du nourrisson avait été normal, la courbe de poids régulièrement ascendante.

Mais depuis deux jours, Patrice était grognon. Il avait eu 38°7 le matin et 39°2 le soir. On lui avait donné de l'aspirine. Ce matin, 16 août, la température avait atteint 39°4. L'enfant s'était mis à vomir et à avoir des selles très molles. Devant l'aggravation de son état, le médecin conseille l'hospitalisation.

A l'entrée, le bébé est pâle, gris mais pas deshydraté. Il a 38°8. Sa gorge est propre, l'auscultation cardio-pulmonaire est normale. La palpation de l'abdomen ne révèle pas d'hépatomégalie mais par contre une légère splénomégalie. On note aussi des adénopathies nombreuses assez volumineuses, diffuses et symétriques touchant les territoires jugulo-carotidiens, axillaires et inguinaux. Enfin, la peau de l'abdomen, du menton et des joues est couverte d'éléments maculeux d'un rose très pâle. Une ponction lombaire "de sécurité" se révèle normale.

On donne à l'enfant deux comprimés de colimycine, de la levure et un régime anti-diarrhéique.

Dès le lendemain, 17 août, l'éruption s'étend à l'ensemble du tronc et déborde sur le cou et les joues. Patrice reste fébrile avec 38°5. Mais il n'a plus de vomissement ni de diarrhée. La cc-procuture est négative. La formule et numération globulaire donne un chiffre de 3 270 000 hématies et de 10 240 leucocytes dont 38 % de polynucléaires.

Deux jours après, le 19, l'apyrexie est enfin obtenue. L'éruption tend à disparaître.

L'hospitalisation s'est prolongée jusqu'au 25 pour permettre une nouvelle exploration de l'appareil urinaire de cet enfant. Pendant cette période, Patrice n'a plus eu d'accès hyperthermique.

EN CONCLUSION ce nourrisson de deux mois et demi semble bien avoir eu un exanthème subit, bien que la chronologie de l'éruption, commencée avant la fin de la période fébrile, ne soit pas habituelle dans cette maladie. Par contre l'âge de l'enfant, l'aspect et la topographie de l'éruption, la neutropénie sont autant d'éléments tout à fait en faveur d'un diagnostic de roséole infantile.

OBSERVATION N° 2.-

Franck L... âgé de onze mois et demi nous est adressé le 5 septembre 1965 pour crises convulsives avec hyperthermie.

Depuis la veille au soir, il avait de la fièvre. Aujourd'hui la température a atteint 39°6 et l'enfant a présenté deux crises convulsives généralisées qui ont motivé son hospitalisation.

L'étude des antécédents n'apporte aucun élément. En particulier, Franck n'a pas eu de traumatisme à la naissance, il n'a jamais convulsé jusqu'ici et il n'y a pas d'épileptique dans sa famille.

A son arrivée, on ne trouve guère qu'une petite angine. Notamment l'examen neurologique est tout à fait normal, l'enfant parfaitement conscient et souple. Il reçoit un suppositoire d'aspirine-gardénal.

Le lendemain 6 septembre, la température se maintient à 39° alors que Franck est gai, mange de bon appétit, n'a pas l'air malade. On perçoit le pôle inférieur de la rate. Mais l'auscultation cardio-pulmonaire est normale, les aires ganglionnaires libres, la nuque souple, les réflexes présents, égaux et symétriques.

Les examens complémentaires pratiqués montrent une glycémie à 0,90 g/l, une calcémie et une phosphorémie normales et la numération globulaire donne 4 200 000 hématies, 12 160 leucocytes dont 72 % de polynucléaires. La cyto bactériologie urinaire indique : 5 600 leucocytes, 4 000 hématies, 16 000 cylindres hyalins. Le fond

d'oeil, la ponction lombaire et l'E.E.G. pratiqué trois jours après la crise, sont normaux. Enfin, la radiographie pulmonaire révèle une légère hypertrophie du thymus, mais pas d'anomalie dans la transparence du parenchyme.

Enfin, le 8 septembre, soit trois jours après le début de la maladie, la température tombe brusquement à 37°6, et l'on note en même temps un début d'éruption rose pâle qui va s'intensifier et couvrir, en fin de journée, l'abdomen, le thorax, la racine du cou en épargnant la face et les membres.

Le lendemain, l'éruption a presque complètement disparu sans desquamer ni laisser de trace. La formule et numération pratiquée alors montre une neutropénie à 25 % signant l'origine virale de l'affection.

L'enfant sort le 13 septembre.

EN CONCLUSION : Après trois jours de fièvre au-dessus de 39°, ce petit garçon de onze mois et demi a présenté une apyrexie soudaine accompagnée d'une éruption morbiliforme qui a duré trente-six heures. La numération globulaire pratiquée à l'entrée révélait une polynucléose à 72 %. Trois jours après, lors de l'éruption, elle montrait une neutropénie à 25 %, confirmant ainsi le diagnostic d'exanthème subit.

La maladie a débuté par des convulsions qui sont une des complications les plus fréquentes de la roséole infantile.

Tous les examens : glycémie, calcémie, fond d'oeil, P.L. et E.E.G. ont été normaux, ce qui permet d'espérer que cet épisode convulsif sera sans lendemain.

OBSERVATION N° 3.-

Olivier C... âgé de dix mois est admis dans le service le 14 septembre 1965 pour une hyperthermie à 41°, accompagnée d'une légère raideur méningée et d'une douleur auriculaire.

Ce tableau s'était brutalement constitué la veille alors que depuis sa naissance l'enfant n'avait jamais donné aucun souci.

Il s'agit d'un beau bébé de 10,650 kg qui a 40°2. On trouve une nuque légèrement raide sans signe de Kernig et un bombement de la fontanelle. Il n'y a pas de signe neurologique en foyer. L'auscultation cardio-pulmonaire et la palpation de l'abdomen ne révèlent rien de pathologique. La gorge est rouge avec de petits éléments vésiculeux rappelant un peu l'aspect d'une angine herpétique. Les tympons ne sont pas congestifs, le liquide céphalo-rachidien est normal. L'enfant reçoit 0,35 g d'aspirine, 3 cg de gardénal et trois cuillerées à café d'Hexacycline.

Le lendemain, 15 septembre, Olivier a 38°.

Dès le 17, la température chute à 36°8 et un exanthème apparaît sur le tronc. On trouve aujourd'hui de petites adénopathies jugulaires et occipitales. La numération globulaire effectuée ce jour indique 6 560 éléments blancs dont 32 % de polynucléaires.

L'enfant quitte le service deux jours plus tard.

EN CONCLUSION, nous sommes en présence d'un exanthème subit tout à fait typique de par l'âge du malade (10 mois), les trois jours de fièvre au-dessus de 38° suivis d'une défervescence thermique brutale et de l'apparition de l'exanthème. Ici pourtant s'est ajoutée une petite note méningée, d'ailleurs uniquement clinique, que l'on retrouve fréquemment dans la roséole infantile.

OBSERVATION N° 4.-

Sylvie L..., âgée de sept mois, entre le 20 septembre 1965 pour une hémiplégie droite succédant à de très importantes crises convulsives alors que l'enfant présente une hyperthermie à 39°5.

On ne trouve aucun antécédent notable. En particulier, ce bébé n'a pas eu de traumatisme à la naissance, ni d'hémorragie méningée; elle n'a jamais eu de convulsion jusqu'ici et dans sa famille personne n'est épileptique.

Depuis trois jours l'enfant tousse un peu et a une température qui se maintient entre 38°5 et 39°. Puis cet après-midi, elle a eu une crise convulsive très importante de type épileptique, touchant essentiellement la jambe et le bras droits. Le médecin la fait céder avec une injection de 0,04 g de gardénal. Il note alors un déficit moteur droit et une hyperthermie à 40°.

A son arrivée dans le service, une heure après la crise, Sylvie est consciente, mais elle a une hémiplégie droite flasque, avec Babinski droit et une fontanelle bombée. Son pouls est à 144, sa respiration très rapide. Elle a 40°. On trouve une gorge érythémateuse avec des amygdales augmentées de volume. L'auscultation révèle de nombreux râles dans les deux champs. Il n'y a pas de splénomégalie mais une très légère hépatomégalie.

Le fond d'oeil et la ponction lombaire sont normaux.

L'enfant reçoit de l'aspirine et du gardénal.

Dès le lendemain, 21 septembre, l'examen clinique neurologique est négatif : on ne retrouve plus de déficit moteur, ni de Babinski. Les tympanes ne sont pas congestifs. La calcémie, la glycémie sont normales. La formule et numération révèle une leucopénie à 4 720 avec neutropénie à 12 %.

Le 22, le bébé a 38°. Le soir apparaît une petite éruption cutanée érythématomaculeuse siégeant au niveau du cou et du tronc.

Enfin, le 23 septembre, Sylvie est apyrétique (37°4). L'éruption est en voie de disparition. L'E.E.G. passé ce jour, soit trois jours après la crise convulsive, se révèle normal pour l'âge de l'enfant.

Une numération globulaire faite trois jours après la première montre une accentuation de la leuconeutropénie (3 680 globules blancs avec 5 % de polynucléaires).

Le 2 octobre le nourrisson retourne chez lui en parfaite santé.

EN CONCLUSION, il s'agit de convulsions très importantes suivies d'une hémiplégie droite transitoire survenant chez une petite fille de 7 mois, sans aucun antécédent convulsif et qui semblent avoir été provoquées par un brusque coup d'hyperthermie.

L'apparition d'une éruption morbiliforme au décours de la fièvre, l'âge de l'enfant et la leuconeutropénie laissent supposer qu'on soit en présence d'un exanthème subit, d'autant plus que les complications neurologiques, et essentiellement convulsives, sont fréquentes dans cette maladie. Il s'agit en principe d'un accident fortuit et il n'y a pas lieu, vu que l'E.E.G. est normal, d'envisager un traitement par le gardénal.

OBSERVATION N° 5.-

Vincent R..., âgé de 11 mois est adressé dans le service le 2 mars 1966 pour suspicion d'otite.

Le petit garçon présente depuis hier soir une température comprise entre 38° et 39°, sans aucun trouble digestif, mais il est grognon, agité.

Il s'agit d'un bébé né à terme et qui pesait 3,600 kg à la naissance. Il n'a jamais été malade jusqu'à ce jour.

L'examen d'entrée, tant clinique qu'C.R.L., ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une gorge légèrement érythémateuse et une température à 38°2.

L'enfant reçoit du sirop de propiocrine.

La formule et numération sanguine ne montre pas de leucocytose puisque le nombre de globules blancs est de 6 320 avec 50 % de polynucléaires; celui des hématies est de 4 340 000.

Le 5 mars au matin, alors que Vincent est apyrétique depuis hier soir, apparaît une éruption morbilliforme peu intense, qui siège sur le thorax.

Le 7 mars elle a disparu. Le bébé sort ce jour.

EN CONCLUSION, il s'agit d'un petit garçon de onze mois, qui a présenté trois jours d'une fièvre entre 38° et 39°, sans aucun signe clinique, suivis d'une éruption au moment de la défervescence. Cette évolution clinique est très en faveur d'un diagnostic d'exanthème subit.

Une seule numération globulaire pratiquée pendant la phase fébrile de la maladie montre un nombre de 6 320 leucocytes dont 50 % de polynucléaires. La radiographie pulmonaire et les examens O.R.L. ont été normaux.

OBSERVATION N° 6.-

Liliane Y..., petite fille noire de 10 mois, entre le 6 mars 1966 pour une hyperthermie à 39° s'accompagnant d'oligurie et d'un syndrome méningé fait de raideur de la nuque, de vomissements et de constipation.

L'étude des antécédents n'apporte aucun élément : ce bébé était né au terme d'une grossesse normale et pesait à la naissance 3,700 kg. Il n'a jamais été malade jusqu'ici. Sa famille est en bonne santé.

L'épisode en cours a débuté deux jours auparavant, alors que Liliane venait de terminer une grippe. Sa température se maintenait entre 38° et 39°, s'accompagnant de vomissements, de cris, de pleurs, et depuis hier au soir d'une raideur méningée qui motiva l'hospitalisation.

L'examen d'entrée n'objective pas grand chose : il s'agit d'une belle enfant présentant une gorge normale, un abdomen légèrement tendu peut-être, mais sans hépato ni splénomégalie. On ne trouve guère qu'une nuque légèrement raide et douloureuse, de petites adénopathies cervicales, et quelques rares éléments éruptifs sur la poitrine.

Le bébé reçoit de l'aspirine et un million de colimycine per os.

La ponction lombaire se révèle normale ainsi que la coproculture et l'examen cytotabériologique des urines.

Dès le lendemain 7 mars, la température chute brusquement de 39° à 37°. A l'examen, on ne retrouve aucun signe méningé. Une éruption apparaît, faite de macules rosées, sur les faces antérieures et postérieures du tronc, ne débordant pas sur le cou.

La formule et numération pratiquée à ce moment montre une leucopénie à 4 480 avec une neutropénie à 28 % affirmant l'origine virale de l'affection.

L'enfant quitte le service le 9 mars.

EN CONCLUSION, cette petite fille de 10 mois, entrée pour un syndrome méningé réunissant une raideur de la nuque, des vomissements et des troubles du transit, a finalement présenté après trois jours de fièvre, une éruption morbiliforme alors qu'elle était apyrétique. Cette évolution clinique si caractéristique, jointe à une formule et numération de type viral, permet de poser le diagnostic d'exanthème subit d'autant plus que les manifestations méningées, surtout cliniques, sont fréquentes dans la roséole infantile.

OBSERVATION N° 7.-

Patrice V..., âgé de neuf mois et demi, est hospitalisé le 19 avril 1966 pour avoir eu, ce matin, une crise convulsive de courte durée alors qu'il paraissait en bonne santé. Le médecin appelé ne constate aucun déficit moteur, pas de trouble du tonus musculaire, ni de syndrome méningé évident. L'enfant a 38°7 et une gorge rouge. Il reçoit une injection de 0,04 g de gardénal.

Il s'agirait d'un petit prématuré, né au huitième mois d'une grossesse normale, non débile puisqu'il pesait à la naissance 3,300 kg. Il n'avait jamais convulsé mais l'un de ses oncles serait épileptique. On signale que les frères de Patrice ont la varicelle.

A l'arrivée à l'hôpital, le bébé est parfaitement conscient, il pleure, crie, s'agite beaucoup. L'examen neurologique se révèle tout à fait normal. La nuque est souple, la fontanelle dépressible. Les seuls éléments cliniques positifs sont un gros rachitisme (avec chapelet costal et bourrelets épiphysaires), une rhinopharyngite et une température à 39°1.

On met l'enfant aux antibiotiques (2 millions de pénicilline et 400 000 u. de colimycine).

L'examen du fond d'oeil ne montre rien de pathologique. Le liquide céphalorachidien est légèrement louche avec 700 hématies par mm³ (d'origine vraisemblablement traumatique), 2 éléments par mm³ et 0,31 g par litre d'albumine.

La cytobactériologie urinaire est normale.

Le lendemain, la température est à 39° et le surlendemain à 40°. Le résultat de la numération globulaire indique une leucopénie à 4 800 avec 37 % de polynucléaires, ce qui fait suspecter une origine virale et entraîne, par voie de conséquence, l'arrêt des antibiotiques.

Enfin, le 22 Patrice est apyrétique, mais ce n'est que le jour suivant qu'apparaît une éruption morbiliforme couvrant le tronc.

Le 25 avril l'exanthème a totalement disparu. Une nouvelle formule et numération indique 7 360 éléments blancs dont seulement 25 % de polynucléaires.

Le nourrisson quitte le service dès le lendemain après avoir passé un E.E.G. qui a été normal.

EN CONCLUSION, ce petit garçon de neuf mois et demi a présenté une crise convulsive de courte durée, sans déficit moteur, qui s'est produite lors de l'installation brutale d'une hyperthermie qui devait se maintenir trois jours au-dessus de 39°.

Une éruption morbilliforme siégeant sur le tronc est apparue seulement le lendemain de la défervescence thermique, ce qui n'est pas tout à fait habituel dans la roséole infantile.

Deux numérations globulaires effectuées pendant la phase fébrile et au moment de l'éruption, ont montré une accentuation de la neutropénie - discrète au début, nette ensuite - signant l'origine virale de la maladie.

La ponction lombaire pratiquée à l'entrée montrait 2 éléments et 0,31 g d'albumine. Le fond d'oeil et l'E.E.G. ont été normaux, ce qui permet de supposer que l'exanthème subit est bien responsable de la crise convulsive.

OBSERVATION N° 8.-

Pascal L..., âgé de trois ans est admis dans le service le 29 avril 1966 pour une crise convulsive accompagnée d'hyperthermie.

Hier soir l'enfant a eu des frissons. Sa mère lui a pris sa température qui était à 39°. Dans la nuit, il a présenté des convulsions généralisées qui ont duré cinq à dix minutes. Le médecin appelé lui fait une injection de 8 cg de gardénal et note l'existence d'un nystagmus. Il conseille la surveillance en milieu hospitalier.

Pascal n'avait encore jamais convulsé. Depuis sa naissance, il a eu une coqueluche, une hernie étranglée, opérée il y a deux ans, une crise acétonémique et enfin une grippe avec réaction méningée l'année dernière. Sa famille est en bonne santé. On signale qu'il aurait été en contact avec un rougeoleux il y a 5 jours.

A son arrivée à l'hôpital, le petit garçon est tout à fait conscient et paraît en bon état général. Il a 38°8. L'examen, tant clinique que neurologique, est tout à fait normal : en particulier on ne retrouve pas de nystagmus.

Il reçoit de l'aspirine et du gardénal.

Deux hémocultures s'avèreront négatives. Les urines ne contiennent pas de germe ni d'albumine, mais une quantité assez importante d'acétone, certainement due à la fièvre. La numération globulaire donne un chiffre de 9 280 leucocytes dont 81 % de polynucléaires. La vitesse de sédimentation n'est pas accélérée.

Le lendemain et le surlendemain de son entrée, l'enfant a 39°5 et 39°, alors que rien dans l'examen clinique ne peut orienter le diagnostic.

Enfin, le 2 avril, l'apyrexie est obtenue. Depuis ce matin une éruption faite de macules rosées séparées par des intervalles de peau saine, couvre le tronc, la partie postérieure du cou et on en trouve aussi quelques éléments dans le cuir chevelu. La figure est respectée.

Une seconde numération montre aujourd'hui une leucopénie à 4 800 avec seulement 25 % de polynucléaires. Il n'y a plus d'acétonurie. Et l'E.E.G. passé 3 jours après la crise est normal.

Pascal sort le 4 avril.

EN CONCLUSION, ce petit garçon de trois ans a été hospitalisé pour une crise convulsive survenue au cours d'une hyperpyrexie.

Dans le service, la fièvre a duré trois jours en se maintenant au-dessus de 39°, puis, le quatrième jour, en même temps que l'apyrexie, est apparue une éruption morbiliforme sur le tronc. La formule et numération effectuée à l'entrée donnait un chiffre de 9 280 leucocytes dont 81 % de polynucléaires; elle s'est modifiée trois jours plus tard en 4 800 leucocytes dont 25 % de polynucléaires.

L'évolution clinique si caractéristique, jointe à la leuconeutropénie apparue secondairement, permet de poser le diagnostic d'exanthème subit, d'autant plus que les phénomènes convulsifs - sans modification électrique - ne sont pas rares dans cette maladie. L'âge de trois ans est pourtant un peu tardif pour une roséole infantile.

OBSERVATION N° 9.-

Patrick S..., âgé de six mois et demi, entre le 10 mai 1966 pour une hyperthermie qui persiste entre 39° et 40° depuis 48 h. et qui n'est pas expliquée par la clinique.

L'étude de ces antécédents ne nous apporte aucun élément : l'enfant est né à terme et pesait, à la naissance, 2,700 kg. Il était encore nourri au sein il y a quinze jours. Il n'a présenté, jusqu'ici, qu'un petit épisode diarrhéique en mars.

L'examen d'entrée ne révèle pas grand chose : la gorge est propre, les tympanes non congestifs, à l'auscultation pulmonaire on ne trouve pas de râles. Seuls existent un chapelet costal et des petites adénopathies cervicales.

On donne au bébé de l'aspirine.

Le 11 mai la température est toujours à 39° alors que Patrick est gai, sourit, mange de bon appétit, ne semble pas affecté par sa fièvre.

La radiographie pulmonaire est normale mais celle des poignets montre des lésions de rachitisme sous la forme d'un aspect grignoté des épiphyses. La calcémie est à 76 mg. Deux hémocultures sont négatives ainsi que la coproculture et l'étude du culot urinaire. Enfin, la formule et numération globulaire montre, à côté d'un chiffre satisfaisant de globules rouges, une leucopénie à 2 600 avec 51 % de polynucléaires.

L'apyrexie s'installe brusquement le lendemain 12 mai, en même temps qu'une éruption rose très pâle qui siège essentiel-

lement sur le dos, mais existe aussi sur la face antérieure du tronc. En fin de journée elle ne sera plus visible.

L'enfant sort deux jours plus tard.

EN CONCLUSION, juste après la défervescence thermique, une éruption fugace, siégeant sur le tronc, est apparue chez ce bébé de six mois et demi qui venait de présenter quatre jours de fièvre à 39°-40°, accompagnée d'une leucopénie, alors que l'examen clinique était à peu près normal - ce que l'on voit très souvent dans les exanthèmes subits.

Seuls en effet, existaient quelques petites adénopathies cervicales et un rachitisme clinique, hématologique et radiologique.

OBSERVATION N° 10.-

Olivier D..., âgé de six mois, est hospitalisé le 11 mai 1966 pour une angine avec fièvre et troubles digestifs à type de diarrhée et d'anorexie.

On ne trouve rien de particulier dans les antécédents. Ce bébé était né par césarienne, à terme, avec un poids de 3 kg. Il n'avait eu ni vaccin ni maladie jusqu'ici.

Mais depuis 48 heures, l'enfant tousse et a une température de 38°5-39°. Et depuis la veille au soir ses selles deviennent nombreuses et liquides et Olivier refuse de s'alimenter.

A l'entrée, l'examen confirme l'existence d'une gorge rouge, d'une hyperthermie à 38°8 et objective des râles en foyer dans le sommet du poumon gauche. Le reste est tout à fait normal : le foie et la rate sont dans leurs limites, les aires ganglionnaires libres, l'examen neurologique négatif. L'O.R.L. trouve un tympan gauche congestif.

Le nourrisson est mis à un million de pénicilline.

Le lendemain 12 mai, Olivier est apyrétique, tousse moins et n'a plus, à l'auscultation, que quelques râles disséminés dans l'hémi-thorax gauche.

Les poumons sont radiologiquement sains.

Le soir, on note quelques éléments maculeux rosés dans la région sternale.

Le 13 mai l'éruption s'est répandue sur tout le tronc et le cou. Elle est formée d'éléments morbilleux couvrant la face antérieure du tronc et le visage. L'auscultation pulmonaire et l'aspect des tympans sont devenus normaux.

La numération globulaire montre, à côté d'un nombre physiologique de globules rouges pour l'âge de l'enfant, une leucopénie avec 5 380 éléments blancs dont seulement 7 % de polymorphonucléaires.

L'hospitalisation de ce nourrisson a dû se prolonger jusqu'au 24 mai du fait de la survenue d'une otite droite apparue quelques jours plus tard et n'ayant d'ailleurs pas nécessité de paracentèse.

EN CONCLUSION, il semble bien s'agir, chez ce bébé de six mois, entré pour une angine et présentant également des râles pulmonaires et un tympan gauche congestif, d'un exanthème subit, caractérisé par une éruption morbilleuse survenue une douzaine d'heures après la chute thermique et confirmée par une leucopénie de type viral.

A noter que la congestion des tympans se retrouve parfois dans l'exanthème subit et ne nécessite jamais de paracentèse.

OBSERVATION N° 11.-

Isabelle P..., âgée de 11 mois, arrive dans le service le 19 mai 1966, en proie à un état de mal convulsif.

Elle ne présente aucun antécédent convulsif ni personnel, ni familial. Née à terme, elle a crié tout de suite et son développement psychomoteur a été plus que satisfaisant puisqu'elle a marché à neuf mois et demi.

Tout a commencé le 11 mai par une rhinopharyngite banale. Puis hier, 18 mai, Isabelle a eu 38° et paraît fatiguée. Le médecin voit une gorge légèrement rouge, mais n'entend pas de râles dans les poumons. Il prescrit quatre cuillerées à café par jour de sigmamycine, de l'aspirine et de l'algotropyl.

Mais aujourd'hui, à 16 h 45, en la posant dans son berceau, la maman assiste à une crise qui a commencé par une révulsion des yeux, puis se sont produites des convulsions au niveau des membres supérieurs qui s'étendent ensuite aux membres inférieurs et qui ne cessent pas malgré une injection de 8 cg de gardénal. L'enfant est conduite immédiatement à l'hôpital de Rambouillet où elle arrive cyanosée, avec de la mousse aux lèvres, et convulsant toujours. Une calcémie faite en urgence est à 80 mg, la glycémie à 1,85 g. Faute de place disponible, l'hôpital de Rambouillet nous adresse la petite fille après l'avoir désobstruée, lui avoir donné de l'oxygène, un algotropyl et une piqure de solucamphre.

Isabelle arrive ainsi dans le service à 17 h. en proie à un état de mal convulsif. On lui fait une injection de 4 cg de gardénal qui n'a aucun effet. On installe alors une perfusion de chloral et de bromure de calcium. Dans la nuit, comme elle convulsait toujours et était au plus mal, on lui administre, en intraveineuse, 8 cc d'hémineurine et on effectue son transfert dans le service de réanimation de l'hôpital St Vincent de Paul. Grâce à l'hémineurine, l'enfant ne convulse plus à son arrivée là-bas. Elle présente un coma léger en partie post-critique, en partie dû à la médication. La réanimation ne pose alors aucun problème et Isabelle nous est rendue le jour même, 20 mai. Elle est alors parfaitement consciente, et l'examen neurologique ne décèle aucun déficit moteur, aucune anomalie des réflexes qui sont peut-être un peu vifs. La nuque est souple. La température est à 39°5.

Le fond d'oeil est normal ainsi que la ponction lombaire qui montre un liquide clair, non hypertendu.

Le lendemain, 21 mai, soit deux jours après son admission, la petite fille est apyrétique, tandis que son tronc et son cou sont couverts par une éruption maculopapuleuse intense qui durera 48 heures pour disparaître sans laisser de trace.

La formule et numération est de type viral avec 2 160 éléments blancs dont 21 % de polynucléaires. L'E.E.G. passé trois jours après la crise montre des anomalies discrètes et diffuses nécessitant un nouveau tracé trois semaines plus tard qui, lui, s'avèrera normal.

Isabelle retourne chez elle le 25 mai.

EN CONCLUSION, cette petite fille de 11 mois est entrée dans le service pour un état de mal convulsif qui s'est aggravé d'heure en heure malgré une perfusion et une thérapeutique anti-spasmodique énergique par voie veineuse (calcium 1,50 g; chloral 0,50 g).

L'état de mal a duré une dizaine d'heures et n'a été suivi que par un léger coma qui s'est dissipé rapidement sans qu'il existe de déficit moteur. Dès le lendemain, l'enfant, qui jusque-là avait plus de 39°, est devenue apyrétique et l'on a vu se préciser une éruption de type exanthème subit tandis que la formule et numération montrait une leucopénie à 2 160 avec 21 % de polynucléaires.

Enfin la ponction lombaire et le fond d'oeil étaient normaux, la glycémie à 1,85 g/l, la calcémie à 80 mg/l.

Les anomalies - discrètes d'ailleurs - enregistrées à l'E.E.G. trois jours après la crise, ne seront que transitoires puisqu'il n'en persistera rien trois semaines plus tard.

OBSERVATION N° 12.-

Marie-Hélène B..., âgée de onze mois est hospitalisée le 30 mai 1966 pour crises convulsives.

L'étude des antécédents ne nous apporte rien de notable, si ce n'est une légère tendance aux gastroentérites. Mais le bébé n'a jamais convulsé et il n'y a pas d'épileptique dans sa famille.

Depuis deux jours, cette petite fille a 40° et ses selles sont très liquides. Une coproculture faite en ville met en évidence des staphylocoques pathogènes. Puis aujourd'hui vers 16 h., Marie-Hélène a présenté une crise convulsive généralisée qui a cédé rapidement et spontanément mais s'est reproduite à 20 h. 30, motivant l'hospitalisation.

A l'entrée, la température est à 40° et le poids de 8,600 kg. L'enfant est tout à fait consciente, la nuque souple, l'examen neurologique ne révèle rien de pathologique. Par ailleurs, il existe une rhinopharyngite et une splénomégalie modérée.

Après avoir fait un fond d'oeil, une ponction lombaire "de sécurité" se révèle normale dans son aspect et sa composition.

On prescrit de l'aspirine, du gardénal, du garidan et une diète hydrique.

Le lendemain 31 mai, les selles deviennent moins liquides et moins nombreuses. La cytotactériologie urinaire montre 9 600 leucocytes. La formule et numération globulaire indique 15 600 blancs dont 69 % de polynucléaires et 11 plasmocytes.

Le 1er juin, le bébé a toujours plus de 38°. A l'auscultation on perçoit quelques petits râles bronchiques. La radiographie pulmonaire est normale.

Enfin, le 2, la température chute à 37°. Dans la matinée on voit commencer une éruption morbiliforme non prurigineuse, sur le tronc et le cou, qui durera 48 heures avant de disparaître sans laisser de trace.

Une formule et numération de contrôle donne alors 10 800 leucocytes dont 56 % de polynucléaires.

L'enfant quitte l'hôpital le 3 mai. Elle est revenue quelques jours plus tard passer un E.E.G. dont le tracé était normal.

Nous signalons que Marie-Hélène est retournée dans le service en janvier 1967 pour avoir présenté une nouvelle crise convulsive lors d'une ascension thermique brutale. Les examens effectués à ce moment-là : calcémie, glycémie, radiographie du crâne, fond d'oeil, ponction lombaire et E.E.G., étaient absolument normaux.

EN CONCLUSION, cette petite fille de onze mois semble avoir fait, en mai 1966, un exanthème subit qui, de par son intrication avec une diarrhée infectieuse, a présenté une période fébrile spécialement longue. De même la leuconeutropénie que l'on trouve lors de la phase éruptive ne s'est traduite ici que par une nette diminution de la leucocytose et de la polynucléose dues à l'infection bactérienne. L'exanthème a eu le mode d'installation, l'aspect, la topographie et la durée habituels, et surtout il est apparu lors de la défervescence thermique.

Les deux crises convulsives semblent directement liées à la roséole infantile. Pourtant six mois plus tard l'enfant devait à nouveau en présenter une lors d'un accès hyperthermique. Dans les deux cas, tous les examens pratiqués : glycémie, calcémie, fond d'oeil, ponction lombaire et E.E.G. ont été normaux.

OBSERVATION N° 13.-

Florence D..., âgée de dix-huit mois, est amenée dans le service le 3 juin 1966 pour une hyperthermie élevée qui se maintenait, depuis trois jours, à 40° chez une enfant grognon et agitée.

Les antécédents n'apportent pas grand chose : cette petite fille est née par le siège, quinze jours avant terme, avec un poids de 2,900 kg. Elle n'a jamais été malade jusqu'ici et son développement a été tout à fait satisfaisant.

A l'examen, Florence est agitée, hostile. La gorge est assez rouge mais il n'existe ni catarrhe nasal, ni râles bronchiques. Les tympans sont légèrement congestifs. Le foie et la rate sont dans leurs limites, les aires ganglionnaires libres, la nuque souple, mais un peu douloureuse en fin de flexion.

Une ponction lombaire met en évidence une légère réaction lymphocytaire : en effet le liquide céphalorachidien contient 5 lymphocytes par mm³. L'albuminorachie est normale. De plus, il existe une neutropénie avec 3.000 éléments blancs dont 18 % de polynucléaires.

On prescrit de l'aspirine.

Dès le lendemain matin, soit au quatrième jour de la maladie, apparaît un exanthème qui prédomine sur le thorax et atteint la racine des membres, le cou, le bas des joues. La température est à 36°8. L'éruption dure trois jours, puis disparaît sans desquamer ni laisser de traces.

L'enfant sort le 6 juin.

EN CONCLUSION, cette petite fille de dix-huit mois a présenté en juin 1966 une roséole infantile tout à fait typique avec ses trois jours de fièvre suivis d'une éruption morbiliforme lors de la défervescence.

La formule et numération globulaire a objectivé une leuconeutropénie signant l'origine virale de l'affection.

De plus, cet exanthème subit a été responsable d'une petite réaction méningée, à la fois clinique et biologique, avec 5 éléments lymphocytaires par mm³.

OBSERVATION N° 14.-

Pascal R..., âgé de dix mois, entre le 15 juin 1966 pour une crise convulsive accompagnée d'hyperthermie.

Cet enfant, après avoir eu une naissance et une période néonatale normales (si l'on excepte une pylorotomie à l'âge d'un mois pour sténose du pylore) a fait, à quatre mois, une chute qui ne s'est pas accompagnée d'incident immédiat. Mais depuis ce traumatisme, Pascal aurait présenté des pertes de connaissance survenant spontanément, sans convulsion. Il avait été hospitalisé dans le service pour ce motif pendant une semaine à la fin du mois de mars. Les examens complémentaires pratiqués alors montraient une calcémie à 80 mg., une glycémie à 0,80 g., une radiographie du crâne normale. Seul l'E.E.G. révélait "une organisation bizarre des rythmes du sommeil". La ponction des espaces sous-duraux n'avait pas montré l'existence d'un hématome qui aurait pu se former lors du traumatisme crânien. Ce bébé avait quitté l'hôpital sans qu'aucune étiologie n'ait pu être précisée. Pendant son séjour, il avait fait une crise convulsive.

Outre ces antécédents personnels, Pascal a trois frères et trois sœurs dont plusieurs auraient également présenté des convulsions sans lendemain dans l'enfance.

Actuellement, depuis deux jours, ce petit garçon a une diarrhée, une rhinopharyngite et une hyperthermie à 40°. Il a présenté une crise convulsive de courte durée, ce matin, qui a débuté spontanément.

L'examen d'entrée montre un bel enfant de 9,600 kg, non déshydraté, souple, mais grognon, difficile à examiner. Il a 40°. Sa gorge est rouge et présente des sécrétions mucopurulentes provenant du cavum. On ne note rien d'autre, si ce n'est quelques rares éléments éruptifs papulovésiculeux siégeant sur la région lombosacrée et sur le coude gauche dont le prélèvement s'avèrera négatif.

Le fond d'oeil et l'aspect des tympans sont normaux ainsi que la coproculture. La formule et numération globulaire montre 5 200 000 globules rouges et 4 480 leucocytes dont 33 % de polynucléaires.

Le bébé reçoit un million de pénicilline, 2 comprimés de colimycine et des suppositoires d'aspirine-gardénaï.

Le lendemain il a 39° alors que les examens cliniques et O.R.L. sont normaux.

Enfin, le 17, la température chute brutalement à 37°4, les troubles digestifs s'amendent et l'on note une éruption localisée au niveau du dos et de la nuque, faite d'éléments arrondis de dimension variable, légèrement saillants et rosés, séparés par des intervalles de peau saine.

Une seconde numération, pratiquée pendant la phase éruptive, montre 4 000 éléments blancs avec seulement 18 % de polynucléaires. L'E.E.G. est normal.

Le 19 l'éruption a disparu et Pascal quitte le service.

Quelques mois plus tard, il sera à nouveau hospitalisé pour avoir présenté, lors d'une hyperpyrexie, une syncope sans convulsion. Tous les examens pratiqués alors, y compris l'E.E.G., seront normaux.

EN CONCLUSION, cette crise convulsive, apparue au mois de juin 1966, chez ce petit garçon de dix mois, semble bien être liée à un exanthème subit, puisque l'éruption morbiliforme a débuté après quatre jours de fièvre, au moment de l'apyrexie, et s'est accompagnée d'une leuconeutropénie comme il en est de règle dans une affection virale.

Tous les examens pratiqués, dont l'E.E.G., ont été normaux.

Cependant, dans le passé, cet enfant a eu un traumatisme crânien, puis des pertes de connaissance, des convulsions sans fièvre, et il aura une nouvelle syncope sans convulsion lors d'une hyperpyrexie, quelques mois plus tard, et là encore, les explorations biologiques et électriques ne seront pas perturbées.

OBSERVATION N° 15.-

Noëlle A..., âgée de six mois, est hospitalisée le 20 juin 1966, pour diarrhée et vomissements.

Il s'agit d'une grande prématurée, puisqu'elle est née au sixième mois d'une grossesse normale et pesait, à la naissance, 1,030 kg, et 3,088 kg à trois mois, quand elle est sortie de la maternité. Elle n'a encore reçu aucun vaccin et n'a pas été malade jusqu'ici.

Mais depuis avant-hier Noëlle a 38°5. Ses selles deviennent de plus en plus nombreuses et molles, et depuis ce matin elle vomit. Son médecin conseille l'hospitalisation.

A son arrivée, l'enfant a 38°7. Elle est hypotrophique (4,175 kg) et l'on note un début de déshydratation avec persistance du pli cutané, légers cernes oculaires, mais sans dépression de la fontanelle. Sa gorge est un peu rouge, l'auscultation cardiopulmonaire et la palpation de l'abdomen sont normales. L'examen neurologique montre une persistance des réflexes archaïques. De plus, Noëlle ne tient pas sa tête et les tests révèlent un âge psychomoteur de 3 mois et demi pour un âge réel de six mois. La prématurité semble être seule responsable de ce retard.

On perfuse le bébé avec 600 cc de sérum glucosé, 1,50 g de ClNa et 0,75 de ClK. Il reçoit en outre un million de pénicilline, 2 cg de gardénal et un régime à base de carottes.

La numération globulaire montre 3 700 000 hématies et 13 900 globules blancs dont 47 % de polynucléaires.

Le lendemain de son arrivée, le 21 juin, Noëlle est apyrétique. Sur l'abdomen et la nuque apparaît une éruption non prurigineuse, formée de macules rosées séparées par des intervalles de peau saine.

L'examen cyto bactériologique des urines et la coproculture sont négatifs.

Le 22 juin l'éruption commence à disparaître, une seconde numération montre 9 100 leucocytes dont 27 % de polynucléaires.

L'hospitalisation de ce nourrisson s'est prolongée jusqu'au 22 juillet parce qu'il a commencé, après sa roséole infantile, une coqueluche.

EN CONCLUSION, il s'agit d'une petite fille de six mois, qui a présenté, au mois de juin 1966, une fièvre à 38°5-39° pendant trois jours avec diarrhée et vomissements. Le quatrième jour, alors que la température était tombée brutalement à 37° est apparue une éruption morbiliforme qui a disparu au bout de 48 heures.

Les troubles digestifs se sont amendés rapidement.

La numération globulaire faite au moment de l'éruption montrait, par rapport à celle faite à l'entrée, une diminution de la leucocytose (qui est passée en deux jours, de 13 900 à 9 100) avec apparition d'une neutropénie franche à 27 % (au lieu de 47 % à l'entrée). Il s'agit donc d'une formule et d'une numération typiques d'exanthème subit.

OBSERVATION N° 16.-

Sylvie A..., âgée de sept mois et demi, entre dans le service le 18 juillet 1966 parce qu'elle présente depuis la veille une hyperthermie à 39°, s'accompagnant de diarrhée, de pâleur, de somnolence et d'un bombement de la fontanelle, faisant redouter une méningite, bien qu'il n'existe ni raideur de la nuque ni vomissement.

Il s'agit d'une enfant née quinze jours avant terme avec un poids de 2,660 kg. Elle n'a jamais été malade.

A l'entrée, elle a 38°6. L'examen clinique et O.R.L. est entièrement normal. Seule existe la somnolence.

Une ponction lombaire montre un liquide d'aspect et de composition physiologiques.

Le bébé reçoit de l'aspirine, du gardénal et de la colimycine.

Le lendemain la température est à 39°2. Une numération globulaire faite ce jour montre un nombre satisfaisant d'hématies et 6 500 éléments blancs dont 48 % de polynucléaires. La coproculture est négative.

Enfin, le 20, l'apyrexie s'installe en même temps qu'une éruption morbiliforme très pâle, siégeant essentiellement sur la poitrine et le ventre, mais existant aussi sur le dos. L'exanthème aura disparu 12 heures plus tard.

Sylvie sort le lendemain.

EN CONCLUSION, cette petite fille de sept mois et demi a présenté un exanthème subit tout à fait classique, en juillet 1966, avec trois jours de fièvre, suivis d'une éruption au moment de la défervescence.

La somnolence a été plusieurs fois décrite lors de la roséole infantile, elle est pourtant plus rare qu'un état méningé fait d'insomnie et d'agitation.

La ponction lombaire a été normale et la seule numération globulaire pratiquée lors de la période fébrile montrait une absence de leucocytose et de polynucléose, sans accuser encore la leuconeutropénie qui devait exister quelques jours plus tard.

OBSERVATION N° 17.-

Magali B..., âgée de quatre mois, arrive dans le service le 2 septembre 1966 pour un fébricule à 37°8-38° persistant depuis trois semaines, avec recrudescence aux environs de 39° depuis deux jours.

L'étude des antécédents nous apprend qu'elle est née quinze jours avant terme et qu'elle n'a pas eu de maladie jusqu'ici. On lui a fait le B.C.G. il y a deux mois et demi. A noter que son frère est actuellement hospitalisé dans le service pour ostéomyélite.

L'examen ne révèle pas grand chose si ce n'est une température à 39°2, une leucorrhée et une légère torpeur. Mais la nuque est souple, la gorge propre, les tympans non congestifs, l'auscultation pulmonaire normale.

La ponction lombaire montre un liquide d'aspect un peu louche mais dont la composition est physiologique. A la radiographie pulmonaire il n'y a pas de lésion parenchymateuse visible. La cyto-bactériologie urinaire indique une leucocyturie à 51 200 avec présence de proteus. Le prélèvement du pus vaginal met en évidence des entérocoques. La coproculture est négative.

L'enfant reçoit de l'aspirine et du gardénal.

Le surlendemain, 4 septembre, la température est à 37°2 et l'on note une éruption morbiliforme qui débute dans la région sternale pour s'étendre à tout le tronc et disparaître 48 heures plus tard.

La numération globulaire faite à ce stade indique une leuconeutropénie avec 2 500 éléments blancs dont 12 % de polynucléaires.

Le 10, l'examen cytobactériologique des urines est redevenu normal et Magali sort deux jours plus tard.

EN CONCLUSION, ce bébé de quatre mois a fait, au mois de septembre 1966, une hyperthermie qui s'est maintenue quatre jours autour de 39°, en s'accompagnant d'une certaine torpeur. Le cinquième jour une éruption morbiliforme est apparue en même temps que l'apyrexie, tandis que la numération globulaire indiquait une leuconeutropénie franche avec 2 500 globules blancs dont 12 % de polynucléaires.

La ponction lombaire et l'E.E.G. passé quelques jours plus tard ont été normaux.

En conséquence, si la récente poussée d'hyperthermie est expliquée par le diagnostic d'exanthème subit, le fébricule antérieur demeure difficile à interpréter malgré la présence dans les urines de proteus.

OBSERVATION N° 18.-

Jean-Marc D..., âgé de quatre mois et demi, est hospitalisé le 19 septembre 1966 pour diarrhée et vomissements.

Il ne présente aucun antécédent pathologique.

Mais depuis 48 heures, l'enfant a une diarrhée importante et une température à 38°5. Ce matin il a vomi et refuse de s'alimenter.

A son arrivée à l'hôpital, on voit qu'il s'agit d'un beau bébé, non déshydraté, un peu pâle, et d'aspect légèrement stuporeux. Sa température est à 38°8, la gorge est un peu rouge. L'auscultation cardiopulmonaire et la palpation abdominale ne révèlent rien de pathologique.

Le nourrisson reçoit deux comprimés de colimycine, de la levure et un régime à base de carottes.

Le lendemain, la température est à 38°6. L'examen O.R.L. est normal ainsi que la radiographie pulmonaire. La coproculture et l'examen cytobactériologique des urines sont négatifs. La numération globulaire indique 5 500 leucocytes avec 31 % de polynucléaires.

Le 21 septembre, une éruption morbiliforme apparaît alors que Jean-Marc est apyrétique depuis le matin. Elle siège essentiellement sur le tronc mais atteint aussi le cou et la nuque.

Le 22 septembre, l'exanthème a disparu et l'enfant sort le lendemain.

EN CONCLUSION, après quatre jours d'une hyperthermie à 38°-39°, ce nourrisson de quatre mois et demi a présenté une éruption morbiliforme lors de la défervescence.

La formule leucocytaire accusait, le dernier jour de la période fébrile, une leuconeutropénie qui devait être plus marquée les jours suivants.

Il s'agit donc d'un exanthème subit qui s'est accompagné de troubles digestifs qui se sont amendés rapidement.

OBSERVATION N° 19.-

Franck C..., âgé de six mois, est admis dans le service le 2 novembre 1966 pour rhinopharyngite avec hyperthermie.

L'étude des antécédents ne révèle rien d'extraordinaire : l'enfant est né quinze jours avant terme avec un poids de 2,800 kg. Il a eu une bronchite cet été. On signale que sa mère serait hospitalisée pour "nervosité".

Actuellement Franck présente depuis avant-hier une rhinopharyngite avec une température qui n'est pas descendue au-dessous de 39° malgré la thérapeutique.

A l'entrée dans le service, le bébé a 38°8. Il est grognon et paraît fatigué, abattu. Sa gorge est très rouge, avec des amygdales augmentées de volume. L'auscultation pulmonaire met en évidence des petits râles dans le poumon droit. On trouve enfin quelques ganglions inguinaux, une hernie ombilicale et quatre ou cinq macules rosées sur la joue droite.

La numération globulaire indique, à côté de 4 290 000 hématies, 6 400 leucocytes avec 53 % de polynucléaires. La radiographie pulmonaire est normale, la coproculture et l'examen cyto-bactériologique des urines négatifs.

L'enfant reçoit un million de pénicilline, deux comprimés d'hexacycline, de la levure, du théralène et de l'aspirine.

Le 3 novembre, l'éruption commencée hier, s'est répandue sur tout le tronc, le cou et le bas des joues. Franck est apyrétique mais sa gorge demeure érythémateuse.

Le 5, l'éruption a disparu. Une nouvelle numération globulaire montre une leucopénie à 4 250 avec 12 % de polynucléaires.

Le bébé sort deux jours plus tard avec une gorge redevenue propre.

EN CONCLUSION, ce petit garçon de six mois a présenté au mois de novembre 1966 trois jours de fièvre à 39°-40° suivis d'une défervescence thermique brutale et d'une éruption morbiliforme.

Cette évolution clinique si caractéristique, l'âge de l'enfant et la leuconeutropénie apparue lors de la phase éruptive, permettent de penser qu'il s'agit d'un exanthème subit.

OBSERVATION N° 20.-

Virginie B..., âgée de sept mois, entre dans le service le 5 novembre 1966 pour une otite double apparue alors que l'enfant venait de présenter une rhinopharyngite et une bronchite.

Cette petite fille n'avait jamais rien eu de notable jusqu'ici. Née à terme, elle pesait 3,750 kg. Son développement psychomoteur et sa courbe pondérale avaient été tout à fait satisfaisants.

Mais il y a quinze jours, elle a présenté une pneumopathie avec laryngospasme qui a bien répondu à la thérapeutique. Puis, il y a cinq jours, une rhinopharyngite, compliquée d'une bronchite. Enfin depuis avant-hier, elle a 40° et une otite double qui a nécessité hier une paracentèse. Malgré cela la température persiste à 40°4 s'accompagnant de troubles digestifs.

L'examen d'entrée n'objective rien d'anormal, si ce n'est une température à 40° chez un nourrisson asthénique présentant une gorge érythémateuse et un écoulement purulent important par les oreilles. Mais par ailleurs, l'auscultation pulmonaire ne révèle aucun râle, la nuque est souple, l'enfant non déshydratée.

Elle reçoit un million de pénicilline, 500 000 u. de colimycine et de l'aspirine.

Une ponction lombaire ramène un liquide de composition et d'aspect physiologiques. Un cliché pulmonaire ne révèle aucune lésion radiologique visible. La coproculture et l'examen cytobactériologique des urines sont normaux.

Le lendemain, 6 novembre, la température est à 36°2. Dans la matinée on voit s'installer une éruption très pâle, morbiliforme, siégeant sur le dos essentiellement, mais on en retrouve quelques éléments sur la poitrine. Elle ne persistera qu'une douzaine d'heures.

La formule et numération est de type viral, avec 5 700 leucocytes dont seulement 6 % de polynucléaires, malgré la présence d'une otite double purulente.

L'hospitalisation de ce bébé a dû se prolonger jusqu'au 11 novembre par suite de la persistance de troubles digestifs à type de diarrhée et de vomissements qui ont fini par céder à l'ercéfuryl et à un changement de régime. Pendant toute cette période Virginie est restée apyrétique.

EN CONCLUSION, cette petite fille de sept mois a eu au mois de novembre 1966, une éruption fugace, morbiliforme, au moment de la défervescence thermique, alors qu'elle venait de présenter une période fébrile avec recrudescence à 40° les trois derniers jours.

Malgré la présence d'une otite bilatérale purulente, la formule et numération, effectuée pendant la phase éruptive, accusait une leuconeutropénie franche comme il en est de règle dans l'exanthème subit.

Tous les autres examens pratiqués, y compris la ponction lombaire, ont été normaux.

OBSERVATION N° 21.-

Mon fils, Yannick, âgé de onze mois et demi, présente, le 29 novembre 1966, une hyperthermie brutale à 39°2 que rien, dans l'examen clinique, ne peut expliquer. En effet, sa gorge n'est que légèrement rouge, l'auscultation pulmonaire ne révèle aucun râle, le foie et la rate sont dans leurs limites, les aires ganglionnaires libres, la nuque souple, les tympanes non congestifs. L'enfant, d'ailleurs, est aussi joyeux que de coutume, il trotte partout à quatre pattes et mange de bon appétit. Il ne présente ni catarrhe oculo-nasal, ni toux, ni trouble digestif.

L'étude de son passé n'apporte aucun élément : né à terme, il pesait 3,250 kg à la naissance. Sa courbe de poids et son développement ont été tout à fait satisfaisants. Il n'a jamais présenté la moindre affection pathologique jusqu'ici.

Le 30 novembre, il a 39°4 et le 1er décembre 39°5. Ce jour-là pourtant, Yannick est abattu et dort plus que d'habitude. Le soir on découvre trois petites macules, très pâles, dans la région sternale.

Le matin suivant, 2 décembre, la température tombe à 36°8. L'éruption commencée la veille envahit tout le thorax. Elle atteint son maximum d'étendue et d'intensité le lendemain : elle

couvre alors tout le tronc, le cou et les joues. Son aspect est très proche de celui observé dans une rougeole : elle est formée en effet de macules légèrement saillantes, rouges écarlates, presque confluentes mais séparées par des intervalles de peau saine. Yannick est vu ce jour-là, 3 décembre, dans le service.

L'éruption ne sera plus visible le 5 au matin.

EN CONCLUSION, mon petit garçon à l'âge de onze mois et demi a présenté un exanthème subit tout à fait typique, avec ses trois jours de fièvre au-dessus de 39°, suivis d'une défervescence et de l'apparition d'une éruption sur le tronc, le cou et les joues, qui a duré trois jours et a disparu sans desquamer ni laisser de trace.

Malgré l'intensité de l'éruption, l'évolution clinique était trop caractéristique pour douter du diagnostic.

On a jugé inutile de rechercher la leuconeutropénie qui existait certainement. Aucun examen de laboratoire n'a d'ailleurs été pratiqué si ce n'est une recherche - négative - d'albumine dans les urines.

L'enfant n'a reçu, pendant toute la phase fébrile, que de l'aspirine et du gardénal.

OBSERVATION N° 22.-

Gilles R..., âgé de onze mois, est admis dans le service le 21 décembre 1966 pour un état pré-toxique dû à une gastro-entérite.

Il s'agit d'un bébé né à terme avec un poids de 3,700 kg et qui n'a jamais donné de souci jusqu'ici.

Mais depuis deux jours, il a 40°, des selles molles et il a vomi ce matin. Le médecin appelé lui trouve une gorge rouge et prescrit des piqûres de pénicilline.

Mais les selles deviennent liquides et vertes, l'intolérance alimentaire complète, la fièvre persistante, et devant cette aggravation le médecin demande l'hospitalisation.

A l'entrée, Gilles a 38° et pèse 9,100 kg. Sa gorge est rouge, ses tympanes non congestifs, la nuque souple. Il n'y a pas de persistance du pli cutané, mais ses yeux sont légèrement excavés. Le reste de l'examen est normal.

Dans les heures qui suivent, les signes de déshydratation s'accusent et l'on perfuse l'enfant avec un litre de sérum glucosé, 2 millions de pénicilline et 500 000 u. de colimycine. Il reçoit en outre 4 gélules d'ercéfuryl, du théralène et du largactil.

La numération globulaire effectuée à l'entrée montre, à côté d'un nombre satisfaisant de globules rouges, 4 900 éléments blancs. La coproculture révèle la présence de levures et le prélèvement de la gorge celle de staphylocoques.

Le 22 décembre, la température est à 39°4. On note dès le matin l'apparition d'une éruption érythémateuse sur le dos.

Le lendemain, alors que l'enfant est apyrétique, l'exanthème commencé la veille atteint l'ensemble du tronc, le cou et les joues. Une nouvelle numération montre 11 300 globules blancs dont 23 % de polynucléaires.

Gilles sort le 26 décembre 1966.

EN CONCLUSION, ce petit garçon de onze mois est arrivé dans le service dans un état pré-toxique qui s'est d'ailleurs confirmé quelques heures après son admission.

Les vomissements et la diarrhée ne se sont amendés que lentement, ce qui a nécessité le maintien de la perfusion pendant plusieurs jours.

Parallèlement, l'enfant a présenté quatre jours d'hyperthermie suivis d'une défervescence brutale. Une éruption commencée

au dernier jour de la période fébrile a duré trois jours pour disparaître ensuite sans laisser de trace.

Deux numérations effectuées à l'entrée et à la période éruptive ont montré une augmentation des globules blancs qui sont passés de 4 900 à 11 300 en deux jours. Par contre la seconde formule leucocytaire révélait une neutropénie avec 23 % de polynucléaires.

Ainsi, si la plupart des éléments sont en faveur de l'exanthème subit, le fait que l'éruption ait commencé alors que l'enfant était encore fébrile, et surtout le fait qu'il y ait eu apparition d'une leucocytose au moment de la défervescence sont des éléments peu satisfaisants pour un tel diagnostic.

OBSERVATION N° 23.-

Dominique W..., petite fille de dix mois, est hospitalisée le 21 janvier 1967 pour un état de mal convulsif avec hyperthermie.

L'étude des antécédents montre un bébé né quinze jours avant terme avec un poids de 2,700 kg et ne présentant aucun antécédent pathologique et en particulier convulsif.

Tout a commencé hier avec une température à 39°5-40° sans aucun signe d'accompagnement. On prescrit un traitement symptomatique.

Mais ce matin, à 11 h.30, Dominique a une crise convulsive généralisée. Ses parents l'amènent directement à l'hôpital, l'enfant n'ayant par conséquent pas reçu de gardénal et convulsant toujours.

La petite fille arrive dans le service vers 13 h. Sa température est à 40°. Elle ne convulse plus mais présente un coma très profond, avec une respiration bruyante et ample. Son teint est terreux. Elle est hypotonique à l'entrée, mais devient hypertonique quelques heures plus tard, et présente des mouvements athétosiques et des crises de rigidité évoquant une décérébration. Cet état

persistera 24 heures malgré une perfusion contenant, outre du bromure de calcium et du chloral (0,60 g.) : 1 litre de sérum glucosé, 1 g. de calcium, 0,5 g. de chlorure de potassium, 2 g. de chlorure de sodium avec 2 millions de pénicilline, 250 000 u. de colimycine. On lui donne aussi de l'aspirine et du gardénal.

Après s'être assurés que le fond d'oeil est normal, la ponction lombaire montre la présence de 3 éléments lymphocytaires/mm³, une albuminorachie à 0,25 g/l., des chlorures diminués (6,75 g/l.) mais surtout une hyperglycorachie à 1,28 g/l.

La formule et numération faite ce jour indique, à côté d'un nombre satisfaisant d'hématies, 4 000 leucocytes avec 69 % de polynucléaires.

Enfin, les autres examens pratiqués : glycémie, calcémie, radiographies du crâne et des poumons, coproculture et examen cytobactériologique des urines sont normaux.

Le lendemain 22 janvier, la température est à 38°9. Le bébé s'est recoloré et ne présente plus qu'un coma vigile.

Le 23, Dominique est apyrétique, mais ne sort pas de son état de grande somnolence.

L'E.E.G. passé ce jour, soit 48 heures après le début des troubles convulsifs révèle "un tracé de torpeur très voisin du "coma I (facteurs post-critique et médicamenteux). Il n'y a pas de "signe de latéralisation. Mais présence de micropointes très intermittentes, bilatérales, probablement pathologiques."

On prescrit, outre 4 cg de gardénal, 9 gouttes de largactil.

Le lendemain, alors que l'enfant reste toujours très somnolent et apyrétique, apparaît une éruption maculo-papuleuse qui débute derrière les oreilles pour s'étendre ensuite au tronc. Elle disparaît à la vitropression. Par ailleurs, en même temps, on note la présence, au niveau du visage, d'un oedème qui couvre l'hémi-front, les paupières et la joue gauche. Le reste de l'examen ne révèle ni adénopathies cervicales ni splénomégalie, ni signe de Koplik.

Une numération globulaire indique 4 600 leucocytes, avec 20 % de polynucléaires. Il y a donc eu, en 48 heures, apparition d'une neutropénie.

L'éruption dure trois jours, puis disparaît, sans desquamer ni laisser de trace.

Le 27 janvier, Dominique est enfin sortie de son état de torpeur, mais elle présente des troubles caractérisés par une agitation extrême avec des cris, des hurlements, dès qu'on entre dans sa chambre.

Pour hâter sa récupération, on décide de la mettre à 18 mg de cortancyl.

Par ailleurs, l'œdème du visage a disparu.

Le 31 janvier, la neutropénie observée lors de la phase éruptive tend à disparaître : en effet, la formule et numération effectuée aujourd'hui indique 6 200 leucocytes et 34 % de polynucléaires. Un nouvel E.E.G. est difficilement interprétable du fait de l'agitation extrême de l'enfant lors de l'enregistrement. Mais, tel qu'il est, il se révèle un peu lent, sans plus.

Le 7 février, le comportement du bébé est enfin devenu à peu près normal. D'autre part, les séro-diagnostic effectués pour les virus APC, coxielles et ECHO sont négatifs.

Le 10 février, on arrête le cortancyl. Dominique sort ce jour. Elle est restée apyrétique depuis l'éruption, malgré la découverte d'une petite infection urinaire à *proteus*, qui a bien répondu à la furadoïne.

EN CONCLUSION, cette petite fille de dix mois a présenté au mois de janvier 1967, un état de mal convulsif très impressionnant auquel succède rapidement un coma profond, avec des mouvements athétosiques et des crises de rigidité évoquant une décérébration.

Tout persiste pendant 24 heures, puis lui fait suite un coma vigile qui dure cinq jours.

Après le retour à la conscience normale, l'enfant est restée encore quinze jours dans un état d'agitation pathologique qui ne s'est amélioré qu'à la fin de son séjour dans le service.

Parallèlement à ce syndrome neurologique, ce bébé a présenté trois jours d'une fièvre comprise entre 39° et 40°. La

défervescence a été suivie, avec un jour de retard, d'une éruption morbiliforme apparue d'abord derrière les oreilles et qui a envahi secondairement le tronc et l'abdomen.

Enfin, la numération globulaire qui à l'entrée objectivait 4 000 leucocytes dont 69 % de polynucléaires montrait deux jours plus tard 4 600 leucocytes dont 20 % de polynucléaires.

La ponction lombaire effectuée à l'arrivée indiquait une hyperglycorachie à 1,28 g/l. et 3 éléments lymphocytaires.

Un premier E.E.G., passé 48 heures après l'état de mal convulsif, montrait un tracé de torpeur très voisin du coma I, sans signe de localisation. Un nouvel E.E.G., pratiqué huit jours plus tard, est difficile à interpréter étant donné l'agitation extrême de l'enfant, mais semble être sensiblement normal.

Les autres examens biologiques, dont la recherche de virus ECHO, APC, coxakies, ont été négatifs.

On pense pouvoir rattacher ces troubles neurologiques à un exanthème subit du fait de l'apparition d'une éruption morbiliforme, après trois jours de fièvre, au moment de l'apyrexie; d'une neutropénie secondaire, contemporaine de l'éruption; et enfin du fait de l'existence même de complications neurologiques. Mais l'exanthème, apparu au deuxième jour de la défervescence, n'a eu la chronologie, ni le mode d'installation qu'il est habituel de rencontrer dans la roséole infantile.

OBSERVATION N° 24.-

Laurence D..., âgée de deux mois et demi, entre le 3 février 1967 parce qu'elle présente depuis hier une température à 38°5 accompagnée de vomissements et de selles nombreuses, mais d'aspect normal.

L'étude des antécédents nous apprend que ce nourrisson est né au huitième mois d'une grossesse normale, et pesait 3,050 kg à la naissance. Il y a un mois, Laurence aurait eu une rhinopharyngite et une éruption cutanée purulente.

L'examen d'entrée ne révèle rien d'anormal si ce n'est une température à 38°2 et une gorge un peu rouge. Mais, par ailleurs, les tympans ne sont pas congestifs, il n'y a pas de râles bronchiques, ni de raideur de la nuque.

Le bébé reçoit de l'hexacycline.

Une ponction lombaire ramène un liquide d'aspect normal, contenant 3 éléments lymphocytaires et 0,28 g d'albumine.

Le jour suivant, 4 février, Laurence a 38°4. La formule et numération indique une leuconeutropénie avec 5 200 éléments blancs dont 32 % de polynucléaires.

Le 5 février dans l'après-midi, c'est-à-dire après un peu plus de trois jours d'une fièvre à 38°-38°5, l'enfant est apyrétique mais ce n'est que le lendemain matin qu'apparaît une éruption, faite de macules d'un rose très pâle, siégeant sur le tronc et le cou et qui disparaît au bout de douze heures. Il existe en même temps une tuméfaction érythémateuse bilatérale en regard de la loge parotidienne, prédominant en avant du tragus.

L'hospitalisation de ce nourrisson a dû se prolonger jusqu'au 11 février du fait de la survenue d'un épisode diarrhéique avec présence de levures dans les selles. Mais, grâce à l'ercéfu-ryl, ces troubles se sont amendés rapidement.

EN CONCLUSION, il semble que cette petite fille de deux mois et demi ait présenté, au mois de février 1967 un exanthème subit, du fait de la présence de trois jours et demi de fièvre, suivis d'une défervescence et d'une éruption fugace sur le tronc, alors qu'une numération sanguine accusait une leuconeutropénie.

Mais le jeune âge de cette enfant et le niveau de la température - qui n'a pas dépassé 38°5 - ne sont pas courants dans la roséole infantile.

OBSERVATION N° 25.-

Rosario M..., petite portugaise de cinq mois et demi, est hospitalisée le 22 février 1967 parce qu'elle a eu trois crises convulsives généralisées dans les journées d'hier et d'avant-hier, qui ont duré de dix minutes à une heure. Elle présente en outre une rhinopharyngite avec une hyperpyrexie à 39° depuis trois jours.

Il n'y a rien de notable dans les antécédents. Il s'agit d'un quatrième enfant qui est né à terme avec un poids de 4,170 kg. On ne trouve pas de notion de traumatisme obstétrical, de convulsions antérieures, ou d'épilepsie familiale.

A l'entrée, l'examen n'objective pas grand chose : la gorge est un peu rouge, l'auscultation pulmonaire et la palpation abdominale normales. Il n'y a pas de bombement de la fontanelle ni de raideur de la nuque, ni d'anomalie des réflexes et du tonus musculaire. Le bébé est apyrétique.

Le soir de son arrivée apparaît une éruption discrète siégeant sur le thorax, le dos, prédominant sur la nuque et les fesses et qui sera très fugace puisqu'elle ne sera plus visible six heures plus tard.

La formule et numération pratiquée aujourd'hui montre 8 600 leucocytes avec seulement 22 % de polynucléaires. La copro-culture et l'examen cytot bactériologique des urines sont négatifs.

Le nourrisson reçoit du théralène et deux suppositoires d'ozothine.

Son hospitalisation a dû se prolonger jusqu'au 1er mars par suite de la survenue d'une petite bronchite sans fièvre et sans signe radiologique qui a bien répondu à la propiocrine.

EN CONCLUSION, cette petite fille de cinq mois et demi a présenté, au mois de février 1967, trois crises convulsives, les second et troisième jours d'une hyperpyrexie à 39° qui devait durer trois jours. Quelques heures après la défervescence thermique, est apparue une éruption morbiliforme très fugace sur le tronc et la nuque, tandis qu'une numération sanguine montrait une neutropénie.

Cette évolution clinique si caractéristique, l'âge de l'enfant, la présence d'une formule de type viral, sont autant d'arguments en faveur d'un diagnostic d'exanthème subit d'autant plus que les manifestations neurologiques, et essentiellement convulsives, sont très fréquentes dans cette maladie.

L'E.E.G. passé quelques jours après la sortie du nourrisson a été normal.

OBSERVATION N° 26.-

Valérie D..., âgée de 27 mois, est admise le 26 février 1967, pour une hyperpyrexie à 39°, une angine et des vomissements.

Cette petite fille a déjà été hospitalisée dans le service, il y a un an, et l'on avait découvert alors, qu'elle était porteuse d'une maladie coeliaque. Depuis, grâce à un régime excluant la gliadine, son développement et sa courbe pondérale avaient été satisfaisants.

Mais, depuis une semaine, elle présente une angine traitée en ville par des antibiotiques. Malgré cela elle a 39° depuis 24 heures et vomit tout ce qu'elle avale.

A son arrivée dans le service, elle a 39°, une gorge un peu rouge, mais semble en bon état général. Le reste de l'examen est tout à fait normal. Comme Valérie refuse de s'alimenter, on la perfuse pendant trois jours avec 1 litre de sérum glucosé, un million de pénicilline et 500 000 u. de colimycine.

Le 27 février, elle a 39°9. L'examen O.R.L. met en évidence des tympans droit et gauche congestifs.

Une numération globulaire indique, à côté d'un nombre normal de globules rouges, 5 800 leucocytes dont 62 % de polynucléaires. La coproculture et l'examen cytot bactériologique des urines sont négatifs.

Le 28 février, soit après trois jours de fièvre, l'enfant est apyrétique et le lendemain, 1er mars, on voit apparaître une éruption faite de petites macules rosées réparties sur l'abdomen et la nuque.

Le 2 mars l'éruption commence à disparaître. Une seconde numération sanguine montre 5 800 globules blancs avec 17 % de polynucléaires.

Valérie retourne chez elle le 3 mars.

EN CONCLUSION, après trois jours d'une hyperpyrexie à 39°-40°, cette petite fille de deux ans et trois mois a présenté une éruption morbiliforme apparue le lendemain de la défervescence thermique et qui a duré 48 heures.

Elle s'est accompagnée d'une neutropénie franche à 17 % qui n'est apparue que secondairement puisque, trois jours avant, la formule leucocytaire indiquait 62 % de polynucléaires.

En conséquence, il semble bien s'agir d'un exanthème subit, bien que l'éruption n'ait commencé que 24 heures après la défervescence et que d'autre part, il ne soit pas habituel de poser un tel diagnostic chez un enfant de plus de deux ans.

Tels sont les vingt-six cas pour lesquels nous avons cru pouvoir poser le diagnostic d'exanthème subit.

Nous résumerons maintenant ces observations dans quatre tableaux récapitulatifs qui traiteront successivement :

- des circonstances étiologiques.
 - des données fournies par la séméiologie clinique.
 - des formes neurologiques.
 - et de l'évolution des hémogrammes pratiqués pendant les phases fébriles et éruptives de la maladie.
-

TABLEAU I : CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

SERV. n°	AGE en mois	SEXE	DATE D'HOSP.	CONTAGE	VIROLOGIE	ANTECEDENTS		
						Obstétricaux	Personnels	Familiaux
1	2 1/2	M	Août 65	0	0	Détresse resp. à la naissance	Malform. voies urinaires.	0
2	11 1/2	M	Sept. 65	0	0	0	0	0
3	10	M	Sept. 65	0	0	0	0	0
4	7	F	Sept. 65	0	0	0	0	0
5	11	M	Mars 66	0	0	0	0	0
6	10	F	Mars 66	0	0	0	0	0
7	9 1/2	M	Avril 66	0	0	Né au 8e mois PN normal	0	Oncle épilept.
8	36	M	Avril 66	0	négative	0	0	0
9	6 1/2	M	Mai 66	0	négative	0	0	0
0	6	M	Mai 66	0	0	Césarienne	0	0
1	11	F	Mai 66	0	0	0	0	0
2	11	F	Mai 66	0	0	0	0	0
3	18	F	Juin 66	0	0	Siège 15 j av.	0	0
4	10	M	Juin 66	0	0	0	Trauma. cran. syncopes convulsions	Convuls. dans fratrie
5	6	F	Juin 66	0	0	Né au 6e M. P.N. 1,030	0	0
6	7 1/2	F	Juill. 66	0	0	15 j av.	0	0
7	4	F	Sept. 66	0	0	15 j av.	0	0
8	4 1/2	M	Sept. 66	0	0	0	0	0
9	6	F	Nov. 66	0	0	15 j av.	0	mère hospital. névrosée
0	7	F	Nov. 66	0	0	0	0	0
1	11 1/2	M	Nov. 66	0	0	0	0	0
2	11	M	Déc. 66	0	0	0	0	0
3	10	F	Janv. 67	0	négative	15 j av.	0	0
4	2 1/2	F	Fév. 67	0	0	Né 8e mois P.N. normal	0	0
5	5 1/2	F	Fév. 67	0	0	0	0	0
6	27	F	Fév. 67	0	0	0	maladie coeliaque	0

TABLEAU II : SEMEIOLOGIE CLINIQUE

ERV.	AGE mois	INFECTION PREEXIST.	PHASE FEBRILE		S. D' ACCOMPAGNEMENT	ERUPTION	
			niveau	durée		date/défervesc.	durée
	2 $\frac{1}{2}$	0	38°8	4 j $\frac{1}{2}$	Vomissements diarrhée	2 j avant	3 j
	11 $\frac{1}{2}$	0	39°3	3 j $\frac{1}{2}$	2 convulsions	1er j.	1 j $\frac{1}{2}$
	10	0	40°	3 j $\frac{1}{2}$	raideur nuque angine	1er j.	2 j.
	7	rhino- pharyngite depuis 3 j.	38°8	3 j	convulsions +++ hémiplégie D	6 h. avant	1 j.
	11	0	38°5	3 j	agitation	6 h. après	2 j.
	10	0	38°5	3 j	raideur nuque vomissements	1er j.	2 j.
	9 $\frac{1}{2}$	0	39°2	3 j	1 convulsion	1er jour après	2 j.
	36	0	39°2	3 j 1/4	1 convulsion	1er jour	2 j.
	6 $\frac{1}{2}$	0	39°3	4 j	0	1er jour	12 h.
	6	0	38°8	3 j	diarrhée bronchite	fin 1er j.	2 j.
	11	petite rhino- pharyngite	39°3	3 j	état de mal	1er j.	2 j.
	11	diarrhée staphylo.	39°8	5 j	2 convulsions diarrhée	1er j.	2 j.
	15	0	40°	3 j	réaction méningée	1er j.	3 j.
	10	0	40°	4 j	1 convulsion rhinopharyngite diarrhée	1er j.	2 j. $\frac{1}{2}$
	6	0	38°6	3 j	diarrhée vomissements	1er j.	2 j.
	7 $\frac{1}{2}$	0	38°8	3 j	diarrhée sommolence	1er j.	12 h.
	4	fébricule depuis 3 semaines	39°	4 j	infection urinaire - torpeur	1er j.	2 j.
	4 $\frac{1}{2}$	0	38°7	4 j	diarrhée vomissements	1er j.	1 j.
	6	0	39°2	3 j	rhinopharyngite	12 h avant	2 j. $\frac{1}{2}$
	7	bronchite	40°	3 j	otite double purulente- diarrhée	1er j.	12 h.
	11 $\frac{1}{2}$	0	39°4	3 j	0	6 h. avant	3 j.
	11	0	39°2	4 j	diarrhée vomissements angine	1 j. avant	3 j.
	10	0	39°0	3 j	état de mal tr. conscience tr. comportement	1 j. après	3 j.
	2 $\frac{1}{2}$	0	38°4	3 j $\frac{1}{2}$	vomissements	12 h. après	12 h.
	5 $\frac{1}{2}$	0	39°	3 j	3 convulsions rhinopharyngite	fin 1er j.	6 h.
	27	0	39°3	3 j	vomissements angine	1 jour après	2 j.

TABLEAU III : FORMES NEUROLOGIQUES AYANT COMPORTE DES CONVULSIONS

N°	AGE mois	ANTECED. CONVULS.	JOURS	CONVULSIONS			TROUBLES POST-CONV.		P.L.	E.E.G.
				Type	Nombre	Durée	Nature	Durée		
	11 $\frac{1}{2}$	0	1er	général.	2	courte	0		N	N
	7	0	1er	à D +++	1	assez longue	Hémiplégie Droite	1 j.	N	N
	9 $\frac{1}{2}$	oncle épilept.	1er	général.	1	courte	0		2 élém. 0,31alb	N
	36	0	1er	général.	1	5 à 10 mn	nystagmus	1 h.	0	N
	11	0	2e	général.	état de mal	10 h	0		N	anomalies discrètes et transitoires
	11	0	3e	général.	2	courte	0		N	N
	10	personnels et dans fratrie	3e	général.	1	courte	0		N	N
	10	0	2e	général.	état de mal	1 h	coma profond coma vigil Tr : comporte- ment	1 j 5 j 12 j	3 élém. 1,28 gluc	perturbations apparemment transitoi- res.
	5 $\frac{1}{2}$	0	2e et 3e	général.	3	de 10 mn à 1 h	0		N	N

* Aura une nouvelle crise convulsive hyperpyrétique 8 mois plus tard, avec un EEG non perturbé.

** Fera une syncope sans convulsion lors d'une hyperpyrexie quelques mois plus tard.

TABLEAU IV : EVOLUTION COMPAREE DES HEMOGRAMMES

OBSERV. N°	AGE mois	INFECTION BACTERIENNE.	HEMOGRAMME (phase fébrile)		HEMOGRAMME (éruption)	
			leucocytes	Polynucléaires	Leucocytes	Polynucléaires
1	2 $\frac{1}{2}$	0	10.240	38 %	-	-
2	11 $\frac{1}{2}$	0	12.160	72 %	?	25 %
3	10	0	-	-	5.560	32 %
4	7	0	4.720	12 %	3.680	5 %
5	11	0	6.320	50 %	-	-
6	10	0	-	-	4.480	28 %
7	9 $\frac{1}{2}$	0	4.800	37 %	7.360	25 %
8	36	0	9.280	81 %	4.800	25 %
9	6 $\frac{1}{2}$	0	2.600	51 %	-	-
10	6	0	-	-	5.380	7 %
11	11	0	-	-	2.160	21 %
12	11	diarrhée (staphylo)	15.600	63 %	10.800	56 %
13	18	0	3.000	18 %	-	-
14	11	0	4.480	33 %	4.000	18 %
15	6	0	13.900	47 %	9.100	27 %
16	7 $\frac{1}{2}$	0	6.500	48 %	-	-
17	4	infection urinaire	-	-	2.500	12 %
18	4 $\frac{1}{2}$	0	5.500	31 %	-	-
19	6	0	6.400	53 %	4.250	12 %
20	7	double otite purulente	-	-	5.700	6 %
21	11 $\frac{1}{2}$	0	-	-	-	-
22	11	diarrhée (levures)	4.900	?	11.300	23 %
23	10	0	4.000	69 %	4.600	20 %
24	2 $\frac{1}{2}$	0	5.200	32 %	-	-
25	5 $\frac{1}{2}$	0	-	-	8.600	22 %
26	27	0	5.800	62 %	5.800	17 %

T R O I S I E M E P A R T I E

DISCUSSION

Nous voudrions essayer dans ce chapitre de tirer certaines conclusions de l'étude de ces vingt-six cas d'exanthème subit, en les mettant en parallèle avec les résultats fournis par les publications antérieures.

C'est ainsi que nous serons amenés à voir ce que l'on peut penser des circonstances étiologiques, de la clinique, du diagnostic et du pronostic, en matière de roséole infantile.

I - ETUDE DES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES -

Bien que l'on n'ait encore jamais isolé avec certitude et constance son agent causal, la plupart des auteurs s'accordent à penser que l'origine virale de la roséole infantile est très vraisemblable. En effet, cliniquement et biologiquement, l'exanthème subit se comporte comme une maladie infectieuse et surtout virale.

Nous avons personnellement été frappée de voir avec quelle régularité un hémogramme pratiqué au dernier jour de la phase fébrile, et surtout pendant l'éruption, accusait une leuconeutropénie souvent très marquée, malgré la présence éventuelle d'une infection surajoutée, d'origine manifestement microbienne, comme une otite double purulente ou une diarrhée infectieuse. Et pourtant à trois reprises, nous avons effectué une recherche virologique qui a été chaque fois négative.

De même, la contagiosité de la sixième maladie est certaine, puisque CUSHING en a observé une épidémie à Montréal, JAMES et FREIER une autre dans une maternité de Londres, et qu'il a été rapporté en outre plusieurs cas familiaux. Mais cette contagiosité est certainement beaucoup plus faible que pour les autres maladies infectieuses de l'enfance. D'ailleurs, en vingt mois de pédiatrie, nous n'avons relevé aucune notion de contagion et jamais vu l'affection se propager et s'étendre aux autres petits malades de la chambre, ce qui ne nous a pas permis d'avoir une idée personnelle sur la durée de la période d'incubation. On est en droit, alors, de s'étonner avec MONNET du "paradoxe selon lequel la roséole infantile est extrêmement fréquente - l'atteinte étant quasi obligatoire dans les deux premières années de la vie - mais aussi très peu contagieuse."

En effet, ce sont les jeunes enfants qui sont frappés par l'exanthème subit. Cette notion d'âge est tellement importante que MONNET écrit : "La maladie survient surtout entre six et dix-huit mois. Un diagnostic de roséole infantile porté chez un enfant de plus de deux ans a toutes les chances d'être erroné". D'après les statistiques de BRUNNER qui se réfère à 172 observations, on trouve 74 % des cas chez des enfants de moins de un an et 90 % chez des moins de dix-huit mois.

Personnellement sur les 26 exanthèmes subit observés dans le service, 23 petits malades, soit 87,4 % d'entre eux avaient moins d'un an, et 24, soit 91,2 %, moins de dix-huit mois. Le plus jeune de notre série avait deux mois et demi, le plus âgé trois ans. Ce qui nous a donné un âge moyen de dix mois.

Les autres circonstances étiologiques nous paraissent moins importantes : nous n'avons, nous non plus, pas retrouvé de prédominance de sexe, de race, de terrain. Par contre, si la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître qu'il n'y a pas de poussée saisonnière, nous avons, pour notre part, observé autant de cas pendant les trois mois du printemps que pendant tout le reste de l'année, en tenant compte évidemment du fait que ces vingt-six observations ont été recueillies en vingt mois et non en deux ans.

Il est enfin une notion qui semble être essentielle, mais que nous ne pouvons pas prétendre apprécier de l'hôpital, c'est l'extrême fréquence de l'exanthème subit.

Nous pouvons simplement dire que 4 à 5 % des enfants âgés de deux à vingt-quatre mois qui ont été admis dans le service du 1^{er} juillet 1965 au 1^{er} mars 1967 ont eu une roséole infantile. A titre indicatif, pendant cette même période, nous avons observé chez des petits malades qui n'avaient pas deux ans : 48 coqueluches, vingt-six rougeoles, 10 varicelles et 2 rubéoles.

Affection essentiellement bénigne, l'exanthème subit ne fait qu'exceptionnellement l'objet d'une hospitalisation. Mais malgré cela nous en avons vu arriver au moins un chaque mois.

Et c'est ainsi que nous avons pu l'étudier, à la phase d'invasion fébrile, comme au moment de l'éruption, dans ses formes simples comme celles qui se sont compliquées de manifestations neurologiques.

II - ETUDE CLINIQUE DE LA PHASE D'INVASION FEBRILE -

1^o) L'hyperpyrexie.

Dans nos vingt-six observations, l'exanthème subit vu chaque fois à la période fébrile, s'est présenté sous des aspects cliniques souvent très différents. Mais, outre l'âge très jeune du malade, ils avaient tous un point en commun : c'est une hyperthermie dont le niveau était très élevé puisqu'il se situait en moyenne entre 39° et 39°5. Il a même atteint 40° chez trois de nos petits malades. Par contre un nourrisson est arrivé avec une fièvre qui n'a jamais dépassé 38°5, ce qui n'est pas habituel dans la roséole infantile.

L'évolution de cette hyperpyrexie a été chaque fois la même :

Le début a toujours été brutal : en quelques heures la température est passée de 37° à 39°-39°5, sauf dans deux cas où il existait un fébricule antérieur dû à une infection microbienne préexistante.

Puis la courbe thermique s'est maintenue au même niveau, influencée que très temporairement par les antithermiques et pas du tout par les antibiotiques. La période fébrile a duré en moyenne trois à quatre jours, jamais moins mais quelques fois davantage; en effet, dans l'observation n° 12, l'enfant a présenté cinq jours de fièvre à 39°8. Mais dans ce cas particulier, il existait une diarrhée à staphylocoques, et il est bien difficile d'apprécier la part de responsabilité qui revient à l'une et à l'autre affection.

En ce qui concerne la défervescence, ce qui nous a paru remarquable, c'est la soudaineté de la chute thermique, malgré l'éventuelle présence d'une infection microbienne concomitante. Dans

l'observation n° 17, par exemple, l'enfant présentait un fébricule inexpliqué depuis trois semaines quand a commencé la roséole infantile. Au bout de quatre jours d'hyperthermie il est devenu brutalement apyrétique, alors qu'il n'avait reçu comme traitement que de l'aspirine et du gardénal. Tous s'est donc passé comme si l'exanthème subit avait stoppé l'infection bactérielle préexistante.

En conséquence, bien que la soudaineté du début de la période fébrile ait été manifeste, même quand il existait un fébricule antérieur, ce qui nous a surtout frappée, c'est de voir qu'après s'être maintenue pendant trois à quatre jours à son niveau initial, la température a chuté brutalement et définitivement à 37°.

C'est pendant cette période d'invasion fébrile que l'on a été amené à différencier, selon la nature et l'intensité des signes qui ont accompagné l'hyperthermie, les formes simples des formes neurologiques.

2°) Formes simples.

Nous grouperons dans cette rubrique aussi bien les tableaux cliniques qui se sont limités à une hyperpyrexie, que ceux qui ont comporté une note digestive, O.R.L. et même méningée, dans la mesure où la ponction lombaire est restée normale.

Ces formes représentent à peine plus de la moitié de nos observations, mais l'immense majorité des roséoles infantiles vues en ville.

A - Formes qui se résument à une hyperpyrexie.

L'enfant a été hospitalisé parce qu'il présentait une hyperthermie que l'examen clinique n'expliquait pas et qui ne répondait pas aux antibiotiques.

Cette fièvre élevée était en général remarquablement bien supportée : elle n'affectait que fort peu l'état général, l'humeur et l'appétit du petit malade.

Il en a été ainsi pour seulement deux de nos observations, mais en ville c'est certainement le cas le plus fréquent.

B - Formes à manifestations digestives.

Qu'il s'agisse de diarrhée ou de vomissements, elles ont été d'une extrême fréquence. Nous les avons rencontrées aussi bien comme seul signe d'accompagnement de l'hyperthermie, que dans un tableau où elles n'occupaient qu'une place accessoire. La fréquence de ces troubles digestifs s'explique par le fait que c'est une réaction extrêmement banale que présente le nourrisson un peu à propos de tout. D'ailleurs dans nos observations, la coproculture a été, en règle, négative et les troubles se sont amendés rapidement avec un régime à base de carottes, une cure d'ercéfuryl ou de colimycine.

Une fois pourtant, la diarrhée et les vomissements ont été suffisamment importants pour entraîner un état de déshydratation sévère qui a nécessité le maintien d'une perfusion pendant plusieurs jours. Mais ce tableau de gastroentérite fébrile n'est pas habituel dans la roséole infantile alors qu'il est très fréquent de rencontrer de petits troubles digestifs.

C - Formes à manifestations O.R.L.

Ce fut le plus souvent des découvertes d'examen.

En effet, si les rhinopharyngites n'ont représenté le motif d'hospitalisation que de quatre de nos petits malades, nous avons trouvé une gorge érythémateuse avec parfois la présence de petits éléments vésiculeux, dans la quasi-totalité de nos observations.

De même, c'est un examen systématique qui nous a fait découvrir à trois reprises la présence de tympanos congestifs qui n'ont d'ailleurs pas nécessité de paracentèse. L'otite double purulente de l'observation n° 20 a été considérée comme une infection microbienne concomitante.

D - Formes à manifestations cliniques méningées.

Elles se sont révélées être suffisamment fréquentes et banales pour qu'il nous semble plus logique de les étudier dans ce paragraphe réservé aux formes simples, en réservant, pour les complications neurologiques, les rares cas où la composition du liquide céphalorachidien a été perturbée.

Elles se sont résumées, dans la plupart de nos observations en une simple modification de l'humeur. L'enfant était grognon, hostile à l'examen, agité. Par contre deux de nos petits malades étaient au contraire somnolents, frappés d'un petit état de torpeur. L'examen clinique n'a objectivé que deux fois une légère raideur de la nuque. On n'a jamais trouvé de signe de Kernig. Et la ponction lombaire, dans les formes simples, a été normale.

E - L'examen clinique.

Il ne nous a jamais révélé grand chose, en dehors d'une gorge en général érythémateuse. Par trois fois pourtant la rate était légèrement palpable, cinq ou six fois on notait l'existence

d'adénopathies cervicales, et nous l'avons vu, par trois fois, celles de tympan congestifs.

Quatre enfants, en outre, avaient de petits râles bronchiques mais leur radiographie pulmonaire était tout à fait normale.

En conclusion, rien dans l'examen clinique n'est suffisamment important pour pouvoir expliquer le niveau élevé de la température que présente le petit malade pendant cette période d'invasion fébrile. Et c'est ainsi qu'on a été amené à administrer à l'enfant un traitement uniquement symptomatique.

3°) Formes neurologiques.

Nous les avons rencontrées dans onze de nos observations. Il s'agissait essentiellement de phénomènes convulsifs puisque nous n'avons noté que deux réactions méningées biologiques et un seul cas d'hémiplégie.

A - Les réactions méningées.

Au paragraphe précédent, nous avons signalé la relative fréquence, à la phase fébrile de la maladie, de modifications du comportement, à type d'agitation, de cris ou d'abattement.

Mais c'est surtout l'existence de vomissements, d'une tension de la fontanelle, d'une nuque un peu raide et douloureuse, ou tout simplement le désir d'être prudents, qui nous ont amenés à effectuer une ponction lombaire à la plupart de nos petits malades.

Deux fois seulement nous avons pu noter une discrète hypercytose avec 3 et 5 éléments lymphocytaires, alors que l'aspect et la composition chimique du liquide céphalorachidien étaient normaux.

En conséquence, si les états méningés cliniques sont relativement fréquents, les méningites biologiques nous paraissent rares, si tant est que l'on puisse parler de méningites devant des modifications aussi discrètes.

B - Les convulsions.

Elles constituent certainement la complication la plus fréquente de la roséole infantile. D'après les statistiques de WINDORFER, de BERENBERG et de CONTE, elles se verraient dans 30 % des exanthèmes subits. Pour KAPLAN, dans 20 %. Cette considérable fréquence est certainement majorée par le fait que ces séries portent sur des enfants hospitalisés.

D'ailleurs SZCZEPANSKA et GREENTHAL n'en trouvent respectivement que dans 7 % et 6 % des cas.

De notre côté, nous avons rencontré 9 fois des phénomènes convulsifs, c'est-à-dire dans 33 % de nos observations. Nos résultats se rapprochent ainsi beaucoup de ceux des autres statistiques hospitalières.

L'étude des antécédents de ces neuf petits malades nous a appris qu'un seul d'entre eux avait déjà présenté des troubles neurologiques à type de syncopes et de convulsions à la suite d'une chute. Par ailleurs, aucun d'eux n'avait eu de traumatisme obstétrical, et nous n'avons trouvé qu'une seule fois une notion d'épilepsie dans la famille.

Il nous a paru intéressant de calculer l'âge moyen des enfants qui ont convulsé. Alors qu'il était de dix mois en ce qui concerne l'ensemble des exanthèmes subits hospitalisés dans le service, nous l'avons trouvé, ici, de douze mois et demi. Le plus jeune de notre série avait cinq mois et demi, le plus vieux trente-six mois.

Il semble ainsi que ces phénomènes convulsifs frappent de préférence les plus âgés de nos petits malades.

La symptomatologie de ces crises a été banale : survenue avec une égale fréquence lors des trois jours de la période fébrile, elles étaient de type épileptiforme, généralisées mais prédominantes à droite pour l'observation n° 4.

Leur durée a été variable. Le plus souvent assez courte, l'enfant retrouvait rapidement sa conscience, et l'examen neurologique se révélait être négatif, sauf dans deux cas où on a noté l'existence d'un nystagmus très transitoire, et dans l'observation n° 4, d'une hémiplégie droite qui a disparu au bout de vingt-quatre heures.

Cependant, ces manifestations convulsives ont revêtu parfois une allure beaucoup plus inquiétante du fait de leur répétition ou de leur durée. Deux fois, en effet, la crise s'est renouvelée quelques heures après la première et un de nos petits malades en a eu trois en deux jours.

Mais les tableaux vraiment dramatiques nous ont été fournis par deux enfants en proie à un état de mal convulsif. Dans l'observation n° 11, il s'est prolongé pendant une dizaine d'heures malgré une thérapeutique énergique; mais une fois dissipé, il n'est persisté aucun trouble. Par contre, dans l'observation n° 23, ce n'est pas tant l'état de mal en lui-même qui nous a inquiété, puisqu'il a cessé spontanément au bout d'une heure, mais c'est le tableau d'encéphalite qui lui a fait suite, avec altération profonde de la conscience pendant six jours, suivie par douze jours de troubles du comportement.

Nous avons effectué une ponction lombaire à ces neuf petits malades. On a noté, une fois une perturbation extrêmement

discrète du liquide céphalorachidien avec la présence de 2 éléments et 0,31 g d'albumine. Dans l'observation n° 23, la réaction méningée était plus nette, avec 3 éléments lymphocytaires et surtout une hyperglycorachie à 1,28 g/l.

Enfin, l'E.E.G. n'a été perturbé que dans ces deux cas d'état de mal, d'une façon plus ou moins discrète mais qui n'a été que transitoire.

C - Les paralysies.

Elles nous semblent peu fréquentes : nous n'en avons, en effet, observé qu'une seule fois. Il s'agissait d'une petite fille de sept mois qui a présenté, le premier jour de la période fébrile, une crise convulsive importante, généralisée mais prédominante sur l'hémicorps droit. Elle a été suivie par une hémiplégie droite flasque, avec signe de Babinski. Au bout de vingt-quatre heures, il ne persistait aucun déficit musculaire et l'examen neurologique était tout à fait normal.

La composition du liquide céphalorachidien et l'E.E.G. n'ont pas été perturbés.

EN CONCLUSION, si l'allure parfois inquiétante des manifestations neurologiques ou la diversité des signes d'accompagnement dans les formes simples, font que l'exanthème subit, à sa phase d'invasion fébrile, se présente sous des aspects souvent très différents, il n'existe plus qu'un seul tableau clinique quand survient l'éruption.

III - ETUDE CLINIQUE DE LA PHASE ERUPTIVE -

Classiquement l'éruption apparaît au moment de la chute thermique.

Pour notre part, nous l'avons découverte à 18 reprises, le premier jour de l'apyrexie et trois fois le lendemain. Par contre, elle l'a précédée de quelques heures chez quatre de nos petits malades, et même de deux jours pour l'observation n° 1, ce qui n'est pas du tout habituel dans la roséole infantile.

L'aspect, la topographie et le mode d'installation de l'exanthème ont été, à peu de chose près, identiques : il s'agissait de petites macules rosées ou rouges, parfois légèrement saillantes qui apparaissaient sur le tronc et, en quelques heures, l'envahissaient complètement, débordant parfois même sur le cou, les joues et le cuir chevelu, mais épargnant toujours les membres. Deux fois seulement l'éruption a débuté sur le visage, voire derrière les oreilles comme c'est le cas dans la rougeole.

Ces macules rosées étaient en nombre variable mais toujours séparées par des intervalles de peau saine. Elles n'étaient pas prurigineuses et ont disparu sans desquamer ni laisser de trace.

L'éruption est classiquement fugace ne restant visible que quelques heures, jamais plus d'une journée, ce qui explique qu'elle puisse passer inaperçue.

Dans nos observations, sa durée moyenne était de presque deux jours, avec comme extrêmes, six heures et trois jours.

Quand l'exanthème apparaît, il résume à lui tout seul le tableau clinique. En effet le petit malade est apyrétique, et en règle générale, les troubles digestifs ou O.R.L. qu'il présentait

à la phase fébrile se sont amendés. L'enfant est donc guéri. Et c'est à ce moment-là seulement que l'on peut poser le diagnostic de roséole infantile.

IV - ETUDE DIAGNOSTIQUE -

1^{re}) A la phase d'invasion fébrile.

La clinique, nous l'avons vu, n'a jamais rien apporté de bien caractéristique si ce n'est la présence d'une hyperpyrexie élevée, à début brutal, non influencée par les antibiotiques et qui a été parfois responsable de phénomènes convulsifs. Outre la température, l'examen a révélé assez souvent une gorge érythémateuse, parfois des tympons congestifs, une splénomégalie discrète et quelques adénopathies cervicales.

Les examens biologiques n'ont guère été plus concluants. Mais ils ont eu l'avantage de nous montrer l'absence d'infection microbienne, sauf dans les cas, plus complexes, où il en existait une surajoutée.

C'est ainsi que dans la plupart de nos observations, la formule et numération effectuée à l'entrée était normale, la coproculture, l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement de gorge, négatifs.

En conséquence, c'est surtout l'absence de signes - tant cliniques que biologiques - capables d'expliquer le niveau de cette hyperthermie brutale, l'inefficacité des antibiotiques, le jeune âge de l'enfant qui nous a fait suspecter, à plusieurs reprises, la roséole infantile et guetter l'éruption.

2°) A la phase éruptive.

Le diagnostic est en général aisé :

Dans la clinique, c'est surtout sur la chronologie des faits que l'on se base : après trois ou quatre jours d'une fièvre à 39°-39°5 commencée et terminée brutalement, l'apyrexie s'est installée, suivie d'une éruption morbiliforme qui a débuté sur le tronc, atteignant parfois le cou et les joues, mais respectant toujours les membres. Cette éruption a duré de quelques heures à trois jours, puis a disparu sans laisser de trace.

Cette évolution, si particulière à la roséole infantile, n'a pas été parfaitement respectée dans toutes nos observations. Trois fois en effet l'exanthème n'est apparu que le second jour de l'apyrexie, mais ce qui nous a beaucoup plus troublés, c'est le cas où il a précédé de deux jours la défervescence thermique.

C'est dans ces formes un peu douteuses que la biologie nous a été d'un grand secours en montrant l'existence d'une leucopénie et surtout d'une neutropénie souvent très marquée puisqu'elle a atteint une fois 5 %. Etant donné les variations physiologiques de la formule et numération pendant la première année de la vie, et l'existence éventuelle d'une infection microbienne concomitante, nous avons trouvé intéressant de comparer, comme nous l'avons fait dans le tableau IV, les résultats des hémogrammes pratiqués pendant les phases fébrile et éruptive.

C'est ainsi que nous avons cru bon de poser le diagnostic d'exanthème subit dans l'observation n° 12 par exemple, qui présentait pourtant, lors de l'éruption, 10 800 leucocytes avec 56 % de polynucléaires, parce que, deux jours auparavant, le nombre des globules blancs était de 15 600 avec 69 % de polynucléaires et que l'enfant présentait une diarrhée à staphylocoques pathogènes.

Cependant, dans ces cas un peu atypiques où tous les critères de diagnostic ne sont pas respectés, il serait plus que jamais souhaitable d'obtenir une certitude virologique.

En règle générale pourtant, le diagnostic ne pose, à cette phase de la maladie, plus guère de problèmes. Mais ce n'est plus la période des manifestations neurologiques aiguës et inquiétantes.

V - ETUDE PRONOSTIQUE -

L'exanthème subit a la réputation d'être une affection éphémère et toujours bénigne.

Cela nous a semblé manifeste pour la plupart de nos petits malades. Mais le pronostic nous a paru plus inquiétant dans certaines formes neurologiques, du fait essentiellement de l'existence d'un état de mal convulsif, de paralysies, ou de la survenue de rechutes.

1°) Etat de mal convulsif.

Nous avons observé deux cas :

- Dans l'observation n° 11, l'état de mal s'est prolongé pendant une dizaine d'heures, malgré une thérapeutique énergique par voie veineuse. Nous avons cru perdre l'enfant, et nous avons été obligés de le transférer dans un service de réanimation. Le pronostic vital s'est donc trouvé en jeu pendant 10 heures. Mais ensuite, il n'y a pas eu de paralysie ni de trouble de la conscience et l'E.E.G. n'a été que légèrement et transitoirement perturbé.

- Dans l'observation n° 23, l'état de mal n'a duré qu'une heure, mais le pronostic est resté fort péjoratif pendant près de trois semaines à cause des troubles intenses et prolongés de la conscience et du comportement. Et bien que le dernier E.E.G. ait été sensiblement normal, il serait indispensable de suivre cet enfant pendant au moins un an, avant de pouvoir affirmer que ces manifestations neurologiques aient été sans lendemain.

2°) Les paralysies.

Dans nos observations, nous n'avons noté qu'un seul cas d'hémiplégie droite à la suite d'une convulsion importante généralisée, à prédominance droite. Il n'existait plus aucun déficit moteur vingt-quatre heures plus tard, et l'E.E.G. était normal.

3°) Les rechutes.

Il faudrait un recul plus important pour pouvoir en apprécier la fréquence.

Toutefois, deux de nos petits malades ont présenté quelques mois plus tard, une nouvelle crise convulsive. Mais pour l'un deux, la responsabilité de l'exanthème subit ne semble pas pouvoir être impliquée : en effet, ce nourrisson avait déjà, à plusieurs reprises, présenté des syncopes et des convulsions avant d'avoir la roséole infantile. Dans l'autre cas, par contre, elle avait été responsable de deux premières crises et l'enfant en a refait une autre, huit mois plus tard, à l'occasion d'une nouvelle poussée fébrile.

EN CONCLUSION, le pronostic nous paraît dépendre essentiellement de la forme sous laquelle s'est présenté l'exanthème subit.

Il nous semble logique de le réserver au moins un an pour les formes neurologiques qui se sont accompagnées d'un état de mal sévère, d'atteinte encéphalitique, de paralysie ou de perturbations électriques prolongées. De plus, lorsque l'on a observé certaines formes où le pronostic vital est resté en jeu pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, on peut se demander, avec SZCZEPANSKA, si les cas de convulsions mortelles en hyperthermie chez le nourrisson ne sont pas des exemples d'exanthèmes subits gravissimes. Seuls des arguments virologiques et anatomopathologiques permettraient de répondre à la question.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que dans l'immense majorité des cas, la roséole infantile est une maladie bénigne au pronostic excellent.

CONCLUSIONS

L'exanthème subit, encore appelé roséole infantile ou sixième maladie, est une des maladies infectieuses les plus fréquentes de la première enfance, puisqu'elle atteindrait 90 % des sujets de moins de deux ans.

Paradoxalement sa contagiosité est faible, et l'on ne retrouve que rarement une notion de contagé; elle a pourtant été prouvée non seulement par l'existence de certaines petites épidémies, mais également par l'inoculation expérimentale à l'animal et même à l'enfant.

L'agent pathogène n'a jamais encore été isolé avec certitude et constance. Il s'agirait d'un virus qui, pour certains, serait spécifique de la maladie.

La roséole infantile évolue d'une façon absolument caractéristique : après une dizaine de jours d'incubation, la période d'invasion commence par une brutale élévation thermique, puis la température se maintient, pendant trois à quatre jours, en plateau à 39°-40°, non influencée par les antibiotiques et que très passagèrement par les antithermiques. Elle ne s'accompagne le plus souvent que d'une légère agitation, d'une gorge érythémateuse et

parfois de quelques petits troubles digestifs. La défervescence, brutale, est immédiatement suivie d'une éruption rubéoliforme, faite de macules "fleur de pêcher", séparées par des intervalles de peau saine. Elle débute sur le tronc, l'envahit et déborde parfois sur le cou, le cuir chevelu, les joues. Les membres sont le plus souvent respectés. Cet exanthème disparaît au bout de quelques heures, plus irrégulièrement au bout de deux-trois jours, sans desquamer ni laisser de trace.

Des complications, digestives et surtout nerveuses, peuvent apparaître lors de la période d'invasion fébrile. Les manifestations neurologiques compliqueraient 6 à 7% des roséoles infantiles. Elles se manifestent rarement par des méningites bactériennes d'ailleurs fort discrètes, mais essentiellement par des convulsions, qui peuvent même réaliser un véritable état de mal, ou bien être suivies par des troubles prolongés de la conscience et du comportement, voire de paralysies. En absence de documents anatomopathologiques, leur signification est très discutée : s'agit-il de simples convulsions hyperpyrétiques, ou d'une atteinte encéphalique spécifique d'origine virale ou vasculaire ? Quoi qu'il en soit, dans la très grande majorité des cas, l'E.E.G. est normal ou ne comporte que des anomalies discrètes et rapidement réversibles. Le pronostic de ces manifestations neurologiques, le plus souvent bénin, est plus réservé lorsqu'il existe des paralysies. Dans des cas très rares, il a été observé des séquelles neurologiques à type d'épilepsie, de troubles psychiques ou de déficit musculaire.

Le diagnostic clinique de l'exanthème subit, impossible à la phase d'invasion fébrile, ne pose plus guère de problème au moment de l'éruption. Il se fonde sur l'âge du malade, compris entre trois et vingt-quatre mois, et sur l'évolution caractéristique de la maladie : trois jours d'une fièvre élevée, insensible aux antibiotiques, suivis d'une éruption au moment de la défervescence.

L'hémogramme ne fournit pas des renseignements plus précoces : d'abord normal, ou accusant une légère leucopénie avec polynucléose, ses modifications caractéristiques n'apparaissent qu'avec l'exanthème sous la forme d'une leucopénie d'importance variable et d'une neutropénie très intense qui entraîne une mononucléose relative mais la morphologie de ces éléments est tout à fait normale. L'étude du myélogramme prouve que la chute des polynucléaires n'est due ni à une aplasie médullaire, ni à une absence de maturation. D'ailleurs elle se répare soit rapidement, en quelques jours, soit plus progressivement en deux à trois semaines.

Au moment de l'éruption, le diagnostic différentiel se pose essentiellement vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, de la mononucléose infectieuse, des exanthèmes allergiques de cause médicamenteuse ou de ceux qui accompagnent les infections à adénovirus, virus ECHO ou coxsackie. Mais l'apparition de l'éruption immédiatement après la chute thermique, avec présence d'une leuconeutropénie sans éléments anormaux dans le sang est très en faveur d'un diagnostic d'exanthème subit.

Les antibiotiques étant inefficaces, le traitement sera uniquement symptomatique, basé essentiellement sur l'association aspirine-gardénal et sur des mesures hygiéno-diététiques. Il est important de bien savoir le conduire pour éviter l'apparition de convulsions hyperthermiques et pour favoriser au maximum l'évolution de cette maladie qui ne demande qu'à être éphémère et bénigne.

B I B L I O G R A P H I E

- BERENBERG W., WRIGHT S. et JANEWAY C.A. - Roseola infantum (exanthema subitum). New Engl. J. Méd., 1949.
- BERNARD R. - L'exanthème subit de l'enfant. Marseille Méd. 1963.
- BOGDANOWICZ J. et SZCZEPANSKA H. - 50 ans de roseola infantum (exanthema subitum). Pédiatrie, 1963, XVIII.
- COMBY J. - Faut-il parler de la 6ème maladie ? Arch. Méd. Enfants 1927.
- CORON A. - La roséole du nourrisson ou exanthème subit. Thèse de Lyon, 1954-1955.
- CRINETZ V. - La roséole infantile. Thèse de Paris, 1964.
- DEBRE R., LESNE F. et ROHNER P. - L'exanthème subit ou fièvre des trois jours avec exanthème critique (6ème maladie). Pathol. infect. Paris 1946, t. 1.
- GLANDMANN H. - Exanthème subit. Hanbuch Inn Méd. 1.
- GRENIER B. - A propos du diagnostic de roséole infantile. Presse méd. Nov. 1963, LXXI.
- HELLSTROM B., VAHLQUIST B. - Experimental inoculation of roseola infantum. Acta Paed. Mai 1951, XL.
- JONIO M. - La sixième maladie ou exanthème subit du nourrisson. Thèse de Paris, 1960.
- JOSEPH R., RIBIERRE M., JOB J.C. et GABILAN J.C. - Les complications nerveuses de l'exanthème subit. Annal. Pédiat. 1958, XXXIV.

- KAPLAN M., BIJAOUÏ G., KRAMARZ P. et VAN HOUTTE N. - Les manifestations neurologiques de l'exanthème subit, étude de 20 observations. *Annal. Pédiat.* 1964, XL.
- KEMPE C.H., SHAW E.G., JACKSON J.R. - Studies on the etiology of exanthema subitum. *Journ. of Ped.*, Oct. 1950.
- LOEWE-LYON S. - La roséole infantile ou 6ème maladie. *Abrégés mensuels du praticien moderne*, 1951-52, III.
- MONNET P., FLEURETTE J. - La sixième maladie ou exanthème subit. *Semaine Hôp. Paris, Ann. Péd.* 1963, XXXIX.
- NAGAYAMA T., NAYAHAKAMA K., OSHIGA M., OKI M. - Relationship of exanthema subitum and adenovirus. *Acta Med. Kagoshima*, 1960, III.
- OSKI F.A. - Roseola infantum : another cause of bulging fontanel. *Am. Journ. Dis. Childs.* 1961, CI.
- PICK W., SPARLING H.J. - An observation on the communicability of roseola infantum. *Journ. of Ped.* Fév. 1955, XLVI.
- POSSON D.D. - Exanthema subitum (roseola infantum) complicated by prolonged convulsions and hemiplegia. *Journ. of Ped.*, Août 1949, XXXV.
- RIBIERRE M. et MALLET R. - Exanthème subit. *Revue du Prat.* Octobre 1966.
- ROSENBLUM J. - Roseola infantum complicated by hemiplegia. *Am. Journ. Dis. Childhood.* 1945.
- ROUQUES L. - Roséole infantile, exanthème subit, sixième maladie. *Presse méd.*, 21 sept. 1963, LXXI.
- SHAW E., KEMPE H., SILVER H.K. - Infectious nature of exanthema subitum (roseola infantum). *Am. Journ. Dis. Child.* Nov. 1930, LXXX.
- SZCZEPANSKA H. - Complications nerveuses de l'exanthème subit. *Péd.* 1960, XV - *Pédiatrie Polska* 1960, XXXV.
- TRAISSAC M. - Plusieurs cas de fièvre de trois jours avec exanthème critique. *Journ. Méd. Bordeaux*, févr. 1950.
- VAN HOUTTE N. - Manifestations neurologiques de l'exanthème subit à propos de dix-sept observations. *Thèse de Paris*, 1963.
- WALLFIELD M.J. - Exanthema subitum with encephalitic onset. *Journ. of Ped.* 1935, V.
- ZAHORSKY J. - Roseola infantum. *Pediatrics* 1910, XXII.
Arch. of Ped. 1925, XLII
1940, LVII
1954, LXXI.

Vu, le Président de la Thèse,
Professeur JULIEN MARIE

Vu, le Doyen de la Faculté,
Georges BROUET

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Jean ROCHE

